

Institut de droit de la santé
Université de Neuchâtel
Faubourg de l'Hôpital 106
CH-2000 Neuchâtel

Marie-Laure Béguin

LES RESEAUX DE SANTE

Institut de droit de la santé (IDS)
Université de Neuchâtel
Suisse

Décembre 1999

LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Avant-propos

Depuis quelques années, l'ennemi numéro un de notre système de santé est la hausse vertigineuse des coûts. Décidé à le combattre avec toutes les armes disponibles, le Conseil fédéral a notamment modifié l'ordonnance V sur l'assurance-maladie[1] pour permettre aux caisses-maladie de proposer à leurs assurés des "formes particulières d'assurance", soit l'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations, l'assurance avec franchise à option et l'assurance avec bonus. Cette modification du 20 décembre 1989, entrée en vigueur le 1er janvier 1990, introduisait ces nouvelles formes d'assurance pour une période d'essai en prévoyant leur évaluation[2], afin de pouvoir décider s'il valait mieux abandonner ces modèles ou au contraire les introduire dans la nouvelle loi sur l'assurance-maladie alors en préparation.

Bien que leur évaluation n'ait pas été terminée au moment de soumettre au Parlement le projet de nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le Conseil fédéral a décidé de maintenir ces nouvelles formes d'assurance dans le paysage de la santé en les inscrivant dans la loi.[3]

Les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, que l'on peut également appeler "réseaux de santé" et qui font l'objet de ce travail, se sont bien développées puisqu'elles regroupent actuellement plus de 520'000 assurés, ce qui représente plus de 7,2 % de la population. Mais il est encore trop tôt pour savoir si cette nouvelle forme d'assurance a atteint ou atteindra son principal objectif, celui de freiner les coûts. Ce dont on est sûr, par contre, c'est qu'elle pose toute une série de problèmes juridiques, sociaux et éthiques.

En effet, nombreux sont ceux qui y voient le symbole de la désolidarisation (due à la sélection des risques), du rationnement des soins, de la diminution de la qualité et d'atteintes au secret médical ainsi qu'à la protection des données.

[1] Ordonnance V sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance ainsi que leur sécurité financière du 2 février 1965; *RS 832.121*.

[2] Art. 23 quinquies de l'ordonnance V sur l'assurance-maladie et ordonnance du DFI du 14 juin 1991, RS 832.121.3.

[3] Art. 41 al. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, entrée en vigueur le 1er janvier 1996; RS 832.10.

Le but de cette étude est de donner un aperçu de l'origine et du but des réseaux de santé, de leur implantation dans notre pays, du point de vue des différents acteurs de notre système de santé et des problèmes qu'ils posent ou pourraient poser.

Chapitre 1 : Généralités

Remarque préliminaire : Tout au long de ce travail, je range sous la dénomination "réseaux de santé" toutes les "formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations" au sens de l'art. 41 al. 4 LAMal. Les réseaux de santé (terme que j'emploie donc au sens large) regroupent les HMO (*Health Maintenance Organizations*) et les réseaux de santé au sens strict. Certains auteurs les appellent "réseaux de soins", "réseaux de soins coordonnés" ou même "plans de santé"[4].

I. Le concept et les mécanismes du *Managed Care*

Le but du *Managed Care* (gestion des soins) est d'optimiser la prise en charge des assurés, c'est-à-dire d'atteindre un état de santé optimal pour chaque patient de la manière la plus avantageuse possible. Cette approche introduit dans le domaine de la santé les principes de gestion d'entreprise et d'économie. L'idée, c'est de contrôler et de coordonner toute la chaîne des soins pour prodiguer des soins de haute qualité en évitant les gaspillages et en responsabilisant médecins et patients.

Le *Managed Care* utilise un certain nombre de mécanismes qui permettent d'influer sur les coûts :

[4] Sur l'origine de ces réseaux, voir : Elisabeth Chamorand, Le système de santé américain : poids du passé et perspectives, La Documentation française, Paris, 1996, p. 62; Anne Rilliet Howald, Les réseaux de soins coordonnés ou le " Managed Care " : vers une nouvelle organisation des soins de santé ?, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 20-1998, p. 57; Stephen S. Mick / Marc Bremond, Les "Managed Care Plans" aux Etats-Unis, Revue Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion, Marseille, n° 27, 2e semestre 1994, p. 73; Thomas V. Perneger / Jean-François Etter / Jean-Michel Gaspoz / Marc-André Raetzo / Philippe Schaller, Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins, Méd. Soc. Prév. 1996 41, p. 47; Dale Schumacher, Les évolutions récentes du système américain : Les "Managed Care Organizations" en question, Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996, Editions Ecole nationale de la santé publique, 1998, Rennes.

A. Limiter le choix des fournisseurs de prestations

Il s'agit du dénominateur commun de tous les modèles de *Managed Care* ! Aucun n'échappe à la règle. Certains réseaux se contentent de limiter le choix de l'assuré aux fournisseurs qu'ils considèrent comme avantageux, d'autres (la majorité) combinent cette limitation avec le principe du *gatekeeping*.

Mais comment sélectionner les fournisseurs de prestations ? Sur la base de quels critères ?

Les *Preferred Provider Organizations* (PPO) envoient leurs patients aux médecins qui leur accordent un tarif préférentiel (en général une réduction d'environ 10-15 %). D'autres organisations veulent travailler avec des médecins qui pratiquent de manière efficace et avantageuse. Tout le problème est de savoir comment distinguer un médecin économique d'un autre ! Selon le Dr Marc-André Raetzo, "un premier réflexe, c'est de regarder le coût induit par médecin"[5]. Mais on ne peut comparer que des choses comparables ! "Le minimum, c'est de comparer des médecins semblables, par exemple avec une spécialité identique. (...) Rapidement, cependant, on se rend compte que ce n'est pas suffisant de comparer des médecins semblables, il faut aussi tenir compte des pathologies traitées"[6].

Aux Etats-Unis, on a défini des groupes diagnostiques homogènes (*diagnosis related groups,* DRG) pour pouvoir comparer les fournisseurs de prestations. Or, selon le Dr Raetzo, cette analyse est "dans la plupart des cas, (...) injuste ou imprécise". En effet, "l'homogénéité des groupes diagnostiques est difficile à obtenir, il faut également probablement tenir compte de nombreux cofacteurs associés" et "les prestataires de soins peuvent être tentés de sélectionner les cas en fonction de ces cofacteurs, pour minimiser les risques financiers"[7].

B. Appliquer le principe du *gatekeeping*

Ce principe oblige le patient à toujours s'adresser en premier lieu à un médecin de premier recours qu'il a choisi parmi ceux que lui propose l'assureur. Ce médecin de premier recours, appelé également médecin de famille ou *gatekeeper*[8], est en principe un médecin généraliste ou un interniste. Le patient doit avoir son autorisation pour aller consulter un spécialiste ou pour se faire hospitaliser.

[5] Marc-André Raetzo, Managed Care et Care Management, Ars Medici 3-96.
[6] Idem.
[7] Idem.
[8] Littéralement "concierge", car il garde la porte qui mène aux autres fournisseurs de prestations.

Le médecin de premier recours a une vision globale de la prise en charge de son patient, puisqu'il la contrôle. Cela permet d'éviter que le patient ne se rende chez un spécialiste pour quelque chose dont son généraliste aurait pu s'occuper, que les mêmes examens soient faits plusieurs fois et que le patient fasse du "tourisme médical", c'est-à-dire consulte plusieurs médecins pour la même chose jusqu'à ce que l'un d'entre eux lui dise ce qu'il a envie d'entendre[9]. En effet, les prestations qui ne sont pas autorisées par le médecin de premier recours ne sont pas remboursées à 100 % par l'assureur. On encourage une relation stable et étroite entre le médecin de famille et son patient, pour lui permettre de recourir avec modération aux moyens techniques.

C. Inciter les fournisseurs de prestations à optimiser la prise en charge

Avec le paiement à l'acte, plus le médecin fournit de prestations, plus ses honoraires sont élevés. Pour l'inciter à pratiquer de manière plus rationnelle et plus efficace, il y a plusieurs possibilités.

On peut le payer indépendamment des prestations fournies, par un salaire ou un forfait par assuré ou groupe d'assurés; le médecin peut alors discuter plus longuement avec son patient pour mieux le cerner, ce qui lui permettra de faire moins d'actes techniques. Le salaire au temps est également un moyen de favoriser les actes intellectuels au détriment des moyens d'investigation coûteux.

Un incitatif plus violent est de faire participer le médecin aux bénéfices (et aux pertes); il se trouve alors beaucoup plus motivé à coordonner toute la prise en charge pour qu'elle coûte le moins cher possible tout en étant optimale. Il n'a pas intérêt à rationner les soins car à long terme, cela coûterait plus cher.

D. Elaborer des guides de pratique *(Disease Management)*

Le *Managed Care* prévoit que les médecins d'un réseau se retrouvent souvent pour échanger leurs expériences et discuter des cas difficiles. Mais cela n'est pas censé s'arrêter là. L'idée, c'est aussi d'établir quelle est la meilleure prise en charge de certaines maladies. Pour cela, il faut réunir toutes les professions de la santé qui peuvent intervenir dans le traitement de la maladie choisie et mettre au point un protocole pour la prévention, le diagnostic, la thérapie et le suivi. Ces guides de pratique s'appuient en général sur les preuves scientifiques (*Evidence Based Medicine*) et viennent compléter la formation continue que

[9] En général, les règles permettent de changer de médecin de premier recours seulement quand cela est justifié.

doivent suivre les médecins du réseau. Ces recommandations ont pour but de diminuer les coûts et d'améliorer la qualité des soins.

E. Contrôler l'activité des médecins

Le médecin de premier recours contrôle tout ce que font les spécialistes et les hôpitaux. Il peut lui-même être contrôlé *a priori* (si la caisse exige un deuxième avis pour certains actes coûteux) et *a posteriori* (par les DRG ou si la caisse ne rembourse que les traitements conformes aux guides de pratique).

F. Contrôler la qualité

Comme les réseaux de santé appliquent des mécanismes qui visent à réduire la consommation des soins à ce qui est nécessaire, on peut craindre un rationnement des soins. C'est pourquoi les réseaux - et plus particulièrement les HMO - ont introduit des mécanismes censés maintenir la qualité des soins, comme par exemple les guides de pratique.

G. Disposer des données nécessaires à la gestion de tels modèles

Il faut que l'on puisse vérifier que les mécanismes introduits permettent réellement de diminuer les coûts de la santé tout en maintenant la qualité, ce qui nécessite la récolte et l'analyse de nombreuses données.

II. Les différents modèles de réseaux

A. Les Health Maintenance Organizations (HMO)

Il s'agit du modèle le plus restrictif. C'est un cabinet médical de groupe, généralement exploité par une caisse-maladie (il peut également l'être par des médecins), qui fournit lui-même toutes les prestations médicales ambulatoires nécessaires aux assurés ou qui les fait exécuter par d'autres fournisseurs de prestations avec qui il a conclu un tarif avantageux. Il fonctionne donc en circuit fermé.

Les "organisations de maintien de la santé", appelées également centres de santé, centralisent un maximum de prestations au même endroit et exercent un contrôle très fort sur toute la prise en charge : elles contrôlent l'accès aux soins chers en faisant appel à des médecins de premier recours (qui doivent autoriser toute consultation chez un spécialiste et toute hospitalisation), font participer les médecins au risque financier, exigent un second avis pour certains actes onéreux et imposent l'utilisation de guides de pratique.

On distingue trois différents modèles de HMO[10] :

Dans le modèle "*Staff*", les médecins sont salariés et les hôpitaux peuvent appartenir directement à l'organisation. C'est le modèle classique.

Dans le modèle "*Group*", l'organisation passe contrat avec un ou plusieurs cabinets de groupe. Les médecins sont payés par capitation et les hôpitaux sont sous contrat avec la HMO plus souvent qu'ils ne lui appartiennent.

Dans le modèle "*Network*", l'organisation passe des contrats avec de nombreux cabinets de groupe (sans exclusivité), qui sont généralement payés par capitation. L'hôpital n'est en relation avec l'organisation qu'à travers un contrat et le réseau est plus difficile à contrôler, car les liens sont plus lâches.

B. Les Independent Practice Associations (IPA)

L'organisation passe contrat avec des médecins indépendants ou réunis en groupe qui travaillent toujours dans leurs propres cabinets et qui sont rémunérés à l'acte ou par capitation. L'IPA a du mal à réguler les pratiques médicales, car le médecin a une grande autonomie. La plupart des IPA ont été fondées par les médecins eux-mêmes pour s'opposer aux HMO du type *Staff* et *Group*.

Dans notre pays, les réseaux IPA sont appelés réseaux "médecin de famille" et *Hausarztnetzwerke*. Le médecin *gatekeeper* peut porter le nom de médecin de premier recours, médecin de famille ou *Hausarzt*.

C. Les Preferred Provider Organizations (PPO)

Apparues dans les années quatre-vingt, les PPO sont des réseaux de praticiens qui concluent des tarifs préférentiels avec des assureurs. Les médecins affiliés continuent à s'occuper de patients traditionnels et sont en principe payés à l'acte, mais reçoivent 10 à 15 % de moins pour les patients PPO.

Dans ces modèles, le patient garde une plus grande liberté de choix. S'il consulte un médecin qui ne fait pas partie du réseau, l'assureur lui rembourse quand même une partie des frais. La PPO est le seul modèle de *Managed Care* où le principe du *gatekeeping* n'est pas appliqué et les médecins ne participent en principe pas au risque financier.

---

[10] Stephen S. Mick / Marc Bremond, Les "Managed Care Plans" aux Etats-Unis, Revue Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion, Marseille, n° 27, 2[e] semestre 1994, p. 76.

Chapitre 2 : L'état des lieux (en Suisse)

I. Le droit positif

Afin de renforcer la solidarité (entre jeunes et vieux ainsi qu'entre hommes et femmes) et de faire face à l'augmentation des coûts de la santé, le législateur a changé la donne en révisant totalement la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA). La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)[11], entrée en vigueur le 1er janvier 1996, introduit quantité de nouveautés. Les principales innovations sont les suivantes : une assurance de base obligatoire, un catalogue de prestations pour l'assurance de base imposé à tous les assureurs, une prime unique à l'intérieur de chaque caisse, le libre passage intégral entre les différentes caisses-maladie, la compensation des risques entre assureurs, la concurrence entre caisses et subsidiairement entre fournisseurs de prestations ainsi que de nouvelles formes d'assurance-maladie (les assurances avec bonus, avec franchise à option et avec choix limité des fournisseurs de prestations).

L'assurance "avec choix limité du médecin", introduite à titre expérimental par la modification du 20 décembre 1989 de l'ordonnance V sur l'assurance-maladie (concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance ainsi que leur sécurité financière) du 2 février 1965[12] et entrée en vigueur le 1er janvier 1990, était valable jusqu'à fin 1995. Au moment de mettre sous toit la nouvelle loi, l'Assemblée fédérale a décidé, sur proposition du Conseil fédéral, d'y introduire également les formes particulières d'assurance, dont l'assurance "impliquant un choix limité du fournisseur de prestations". La LAMal est très succincte à ce propos : elle ne consacre que trois articles à cette forme d'assurance !

Son **art. 41 al. 4** consacre une exception au principe du libre choix du médecin[13] en permettant à l'assuré, "en accord avec l'assureur, [de] limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses". L'assureur ne prend alors en charge "que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs" et "les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties". Le Message précise que le principe du libre passage et la participation à la compensation des risques valent également pour ces formes d'assurances, car "de telles offres doivent inciter les intéressés à adopter une attitude plus consciente au niveau des coûts, mais elles ne sauraient avoir pour effet de les faire échapper au mélange des risques et à la solidarité, fondements de l'assurance-maladie sociale"[14].

L'art. 62, pour sa part, permet à l'assureur de réduire les primes de cette forme d'assurance (mais ne l'y oblige pas) et prévoit que le Conseil fédéral édicte des dispositions complémentaires, notamment la limite maximale de la réduction de prime, tout en réservant la compensation des risques.

L'art. 64 al. 6 lit. c autorise le Conseil fédéral à supprimer la participation aux coûts (franchise et quote-part) pour cette forme d'assurance lorsque celle-ci "se révèle inappropriée".

Voilà tout ce que contient la loi ! Pour le reste, c'est l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)[15] qui précise quelques points. Les assureurs peuvent proposer cette forme alternative d'assurance, mais en plus de l'assurance ordinaire des soins. Le passage de l'assurance ordinaire à un réseau de santé est possible à tout moment, alors que le retour à l'assurance ordinaire n'est possible que pour le début d'une année civile. L'art. 101 OAMal précise la manière dont la prime doit être fixée : "Des réductions de primes ne sont admises que pour les différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations ainsi que du mode et du niveau particuliers de la rémunération des fournisseurs de prestations. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes. Les différences de coûts doivent être démontrées par des chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables". Tant que ces chiffres n'existent pas, la réduction de prime est de 20 % maximum. Et depuis le 1er janvier 1998[16], "l'assureur peut renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise".

A côté de cela, la nouvelle législation introduit entre autres deux éléments de concurrence qui sont les bienvenus pour le développement du *Managed Care* en Suisse : la possibilité pour les assureurs de conclure des conventions tarifaires particulières avec certains fournisseurs de prestations (art. 46 LAMal) et la possibilité de prévoir d'autres modes de rémunération (art. 43 LAMal).

---

[11] RS 832.10.

[12] RS *832.121*, art. 23 et 23 bis.

[13] Ce principe est posé à l'art. 41 al. 1 LAMal.

[14] Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I p. 77.

[15] RS 832.102, art. 99-101.

[16] Nouvelle teneur de l'art. 99 al. 2 OAMal, selon le ch. I de l'O du 17 septembre 1997; RO 1997 p. 2272.

Les fédérations n'ont plus le monopole de la négociation et de la conclusion des conventions tarifaires; tout assureur et tout médecin sont libres de conclure avec les partenaires de leur choix. Si une fédération est partie à une convention, cette dernière ne lie les membres de la fédération que s'ils y ont adhéré et les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent y adhérer. Les clauses suivantes (d'une convention, d'un contrat séparé ou d'un accord) sont nulles : l'interdiction de conclure des contrats séparés ou l'obligation d'adhérer aux accords existants faites aux membres de groupements, l'interdiction de concurrence entre les membres, les clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur. La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent, qui vérifie sa conformité à la loi, à l'équité et au principe d'économie.

Les parties peuvent maintenant fixer d'autres modes de rémunération des fournisseurs de prestations que le paiement à l'acte : le "tarif au temps consacré", qui se base sur le temps consacré à la prestation, ou le "tarif forfaitaire", par patient ou par groupe d'assurés. Le tarif peut en outre "soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation post graduée ou de la formation continue nécessaires"[17].

II. Les organisations de *Managed Care* (MCO)

Les assureurs se sont organisés de manière différente pour mettre sur pied et gérer leurs réseaux de santé.

Certains ont créé des organisations communes. Cosama (Conférence d'assureurs maladie et accident), qui regroupe les caisses Assura, CFF, Philos, Supra, Sanitas, la Caisse vaudoise et le Groupe Mutuel, détient 3 réseaux "médecin de famille". Le Groupe Mutuel, qui englobe de nombreuses petites caisses romandes, propose 5 réseaux (dont 2 Cosama). La société anonyme SanaCare AG, filiale de Wincare et Concordia et souvent associée à Helsana, SBB et parfois Unitas, dirige 35 réseaux "médecin de famille" et 6 HMO. L'association Unimedes[18], dont font partie les caisses Innova, KPT, ÖKK, Hotela et RVK-Rück, a mis sur pied 28 réseaux "médecin de famille".

D'autres assureurs ont confié leurs modèles à un département interne de leur caisse : Helsana, ÖKK, Visana et Swica. CSS et Visana avaient fondé la société

[17] Art. 43 al. 2 lit. d LAMal.

[18] Swica en faisait partie mais s'est retirée.

anonyme Arcovita, qui a créé 13 réseaux "médecin de famille" et 3 HMO, mais leurs intérêts sont devenus divergents et la CSS a repris cette société à son compte dès le 1er janvier 1999.

III. Les HMO et les autres réseaux

D'après le magazine Managed Care[19], il y aurait actuellement environ 520'000 assurés (au 1er janvier 1999) qui participent à un réseau de santé, ce qui représente environ 7,2 % de la population. Plus de 98'400[20] d'entre eux font partie d'une HMO et plus de 351'000[21] d'un réseau "médecin de famille". Le nombre d'assurés ayant choisi ce type d'assurance a été multiplié par vingt-et-un en cinq ans, puisqu'il est passé de 24'802 en 1994[22] à 520'000 en 1999.

Quoi qu'il en soit, ces chiffres cachent des réalités très différentes : il existe un grand nombre de modèles de réseaux, très différents les uns des autres.

Mais revenons sur les débuts du *Managed Care* en Suisse. Les trois premières HMO, les "pionnières", sont la HMO Zurich-Wiedikon, fondée en janvier 1990 par la CIMA (Communauté d'intérêt pour des modèles alternatifs d'assurance-maladie)[23], le Medizinisches Zentrum Helvetia (Zurich Stadelhofen), fondé en août 1991 par l'Helvetia, et la HMO de Bâle, fondée en octobre 1991 par la CIMA. C'est sur ces trois centres de santé qu'a porté l'évaluation de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). La première HMO de Suisse romande, intitulée "Plan de santé" et fondée en octobre 1992 par la caisse l'Avenir pour les étudiants et les collaborateurs de l'Université de Genève, a également fait l'objet d'une évaluation, par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève; le Plan de santé s'est transformé en réseau "médecin de famille" en mai 1995 (réseau Delta), à la disposition de toute la population.

Il existe actuellement 28 HMO, qui emploient 74 médecins (sans compter ceux des HMO Swica) et sont au service de plus de 98'400 assurés.

[19] Il a établi une liste des HMO, une autre des réseaux "médecin de famille" et une troisième des *Managed Care Organizations* (MCO), parues dans Managed Care 1/99 et disponibles sur Internet à l'adresse www.fmc.ch/mc_99-1.htm. Les chiffres que j'avance dans ce chapitre sont tous issus de ces listes.

[20] Les chiffres de Cosama, Helsana, du Groupe Mutuel et d'Unimedes datent de 1998; ils sont donc en-dessous de la réalité.

[21] Idem.

[22] Statistique de l'assurance-maladie 1997, OFAS, p. 40.

[23] Cette association, regroupant 10 caisses, a été dissoute en 1994. En allemand : IGAK (Interessengemeinschaft alternativer Formen der Krankenversicherung).

La caisse Swica en possède 15, dont 2 en Suisse romande. Toutes les autres se trouvent en Suisse allemande : SanaCare en détient 4 et participe à celles de Kloten et de Zurich-Wipkingen, Arcovita en a 3, ÖKK a créé une HMO à Lucerne qui a démarré le 1[er] janvier 1999 et est sous contrat avec 5 autres HMO, tandis que Visana a des contrats avec 6 HMO et Helsana avec 10 HMO.

La HMO de Zurich-Wipkingen appartient à la société anonyme MediX Ärzte AG, tandis que celles de Kloten et de Berne-Bubenberg appartiennent aux collaborateurs, partenaires de MediX Ärzteverbund. Le plan de santé bâlois est la propriété de la Stiftung Gesundheitsplan HMO, qui regroupe plusieurs caisses-maladie. Mais comme cette dernière HMO avait atteint la limite de ses capacités sans satisfaire toute la demande, la Stiftung HMO lui a adjoint depuis le 1[er] janvier 1994 un réseau IPA qui regroupe 58 médecins. Les assurés peuvent donc choisir leur médecin parmi les 6 médecins de la HMO ou les 58 médecins indépendants du réseau IPA.

Le premier réseau "médecin de famille" a quant à lui été créé par des médecins à Winterthour et a démarré le 1[er] mars 1994 sous le nom de Wintimed. Il n'a cessé d'évoluer et est toujours, aujourd'hui, le réseau "médecin de famille" le plus innovateur du pays. En Suisse romande, le réseau le plus ancien et le plus innovateur est le réseau Delta à Genève (anciennement Plan de santé Avenir, qui s'est transformé en réseau "médecin de famille" en mai 1995).

Il existe actuellement une cinquantaine de réseaux "médecin de famille" en Suisse, dont 8 en Suisse romande (dans les cantons de Genève, Fribourg et Vaud). Ces réseaux emploient plus de 3'500 médecins, qui soignent plus de 350'000 assurés. On en trouve partout en Suisse, sauf dans les cantons de Glaris, Jura, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, Tessin, Uri, Valais et Zoug.

La plupart du temps, plusieurs caisses-maladie ou MCO se sont associées pour mettre sur pied un réseau. SanaCare a 168'500 assurés dans 35 réseaux (CareMed), Helsana 105'200 assurés dans 34 réseaux (CareMed, Qualimed et Pionier), Unimedes 103'300 assurés dans 28 réseaux (Casamed), Swica 45'000 assurés dans son modèle Nova casa, Cosama 24'300 assurés dans ses 3 réseaux, le Groupe Mutuel 9'400 assurés dans 5 réseaux (Cosama et Avenir), Arcovita 7'411 assurés dans 13 réseaux (Medinet), ÖKK 3'000 assurés dans le modèle IPA bâlois et Visana 2'100 assurés dans 3 réseaux.

A côté des HMO et des réseaux "médecin de famille" existe un autre modèle, moins répandu : le modèle PPO. Seules deux caisses le proposent : Helsana (Helsana light), dans les cantons de Berne et du Tessin, et Swica (Nova light) dans une quinzaine de cantons.

Nova light réduit le choix des assurés aux médecins et aux hôpitaux qui figurent sur ses listes, alors qu'Helsana light combine des listes similaires avec

le système du *gatekeeping*. Ces formes d'assurance sont également proposées pour l'assurance complémentaire.

Nous allons maintenant étudier les différents modèles, en commençant par les plus intégrés pour terminer avec les plus souples.

A. Les HMO

Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, qui définit un catalogue de prestations pour l'assurance de base que les caisses ne peuvent ni étendre ni restreindre (art. 34 LAMal), les prestations offertes par les HMO (et remboursées par la caisse) dépassaient les prestations obligatoires prévues par la LAMA et jusqu'à fin 1994, les HMO dispensaient tous les assurés de payer franchise et quote-part, leur demandant toutefois une participation pour certaines prestations (par exemples cures et psychothérapies)[24].

Aujourd'hui, les HMO font en général payer la franchise et la quote-part, et la plupart ne remboursent pas un franc pour les consultations de spécialistes et les hospitalisations qui n'ont pas été autorisées par un médecin de premier recours. La réduction de prime octroyée aux assurés s'élève généralement à 20 % et les HMO proposent également des assurances complémentaires. En général, elles sont ouvertes à tout le monde, donc aussi aux assurés traditionnels.

Elles sont financées principalement par les contributions des caisses (certaines sont propriétaires de la HMO, d'autres ont conclu un contrat avec elle) et doivent organiser et prendre en charge (financièrement) tous les soins du catalogue prévu par la loi pour l'assurance de base. La HMO va en prodiguer le plus possible dans ses murs et pour le reste, elle va diriger ses assurés vers des spécialistes et des hôpitaux extérieurs, avec lesquels elle peut d'ailleurs conclure des accords prévoyant un tarif spécial.

Les médecins qui y travaillent sont parfaitement qualifiés (la plupart ont une formation de médecin de premier recours ainsi que plusieurs spécialités et peuvent donc faire office de généralistes comme de spécialistes) et se perfectionnent constamment, notamment en médecines alternatives. Ils sont assistés par des physiothérapeutes, des infirmières et des assistants également très qualifiés. Des cours (payants) sont proposés aux personnes intéressées (ils ne sont pas réservés aux assurés HMO), axés principalement sur la relaxation (yoga, méditation, gymnastique pour le dos) et sur l'hygiène de vie, donc sur la prévention.

---

[24] Rita Baur / Wolfgang Hunger / Klaus Kämpf / Johannes Stock (Prognos AG), Rapport de synthèse : Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie, Aspects de la sécurité sociale n°1/98, OFAS, p. 72.

On retrouve bien sûr le principe du *gatekeeping* dans la HMO, mais on va beaucoup plus loin que cela. Pour arriver à fournir à ses assurés des soins de qualité au prix le plus avantageux, la HMO va utiliser certains instruments de manière à contrôler toute la prise en charge, interne comme externe, de ses patients. Elle commence par définir les prestations qu'elle veut fournir directement, organise des colloques (où les membres de l'équipe partagent leur expérience et discutent de certains cas), favorise la prescription de médicaments génériques et certaines HMO élaborent des protocoles de traitement (recommandations). Comme les frais externes à la HMO (spécialistes et hôpitaux) sont relativement lourds, les HMO cherchent à les influencer, par les moyens suivants[25] : en examinant minutieusement le besoin de prestations externes, en choisissant méticuleusement les fournisseurs externes de prestations, en influençant les traitements externes et en contrôlant les factures des intervenants externes. D'après les auteurs de l'évaluation commandée par l'OFAS, les médecins de la HMO discutent pratiquement toujours entre eux de la nécessité d'adresser un patient à un spécialiste ainsi que de la perspective d'une hospitalisation.

En cas d'urgence, l'assuré peut s'adresser à n'importe quel médecin; pour éviter que cela entraîne trop de dépenses sur lesquelles elles n'ont aucune prise, les HMO ont prolongé leurs heures de permanence et certaines ont même un numéro de téléphone qui peut être appelé 24 heures sur 24.

On peut également considérer comme un instrument de maîtrise des coûts les avantages particuliers accordés aux médecins si l'année a été bonne. Toutefois, les premières HMO n'ont pas tout de suite introduit un tel système, probablement de peur d'attiser les critiques.

Depuis début 1998, il y a du nouveau dans le domaine des HMO. A Zurich, des médecins se sont regroupés dans la société anonyme MediX Ärzte AG et ont créé leur propre HMO, qui a démarré le 1er janvier 1998 (HMO Zurich-Wipkingen). Ils ont conclu un contrat de capitation[26] avec la caisse Helsana (puis avec d'autres caisses), assuré les gros risques et pris en charge le risque financier. Si l'argent versé par les caisses ne suffit pas, c'est la société anonyme qui en subit les conséquences, donc les médecins (et non la caisse). Et s'il y a un bénéfice, ce sont les médecins qui l'empochent.

[25] Rita Baur / Wolfgang Hunger / Klaus Kämpf / Johannes Stock, op. cit., p. 76.

[26] Dans le cadre d'un contrat de capitation, le médecin (ou le groupe de médecins, en l'occurrence) reçoit un montant forfaitaire pour chaque patient, quels que soient les soins prodigués.

Pour Felix Huber, le directeur médical de cette société, le *Managed Care* nécessite quatre éléments[27] : concurrence, capitation, contrôle des coûts (corollaire de la prise en charge du risque financier, il nécessite une analyse poussée des données à l'aide d'un logiciel) et coopération (non seulement entre la caisse et le groupe de médecins, mais également entre les différentes personnes qui dirigent des réseaux de santé : elles doivent pouvoir cofinancer une fondation indépendante "für externe Qualitätssicherung"[28] et le développement du logiciel, négocier ensemble les tarifs d'achat de prestations techniques et médicales et développer des programmes de *Disease Management*).

La capitation repose sur les principes suivants : un système ne peut être efficient si les décideurs ne sont pas en même temps les payeurs et si personne n'est responsable de la totalité de la prise en charge. Dans un modèle de capitation, le groupe de médecins a un budget à disposition et c'est lui qui paie toutes les factures. Il sait donc exactement ce que chaque poste lui coûte et va pouvoir optimiser la prise en charge, en suivant chaque patient et en choisissant à chaque fois la possibilité qui satisfait le patient et la qualité à moindre prix. Si le généraliste est payé à l'acte, il ne va en général pas organiser la coordination entre les différents intervenants dans la chaîne des soins, l'hospitalisation et le séjour de rééducation, car il n'est pas payé pour tout cela. Or, il y a là un grand potentiel d'économies. Les forfaits dépendent de l'âge et du sexe des assurés. Les médecins recevront par exemple 500 fr. par an pour un homme de 30 ans et 5'000 fr. pour une femme de 80 ans. Mais il est prévu d'introduire d'autres critères, une fois qu'on en saura plus sur les coûts effectifs. Des assurances pour gros risques sont conclues pour les patients dont les coûts annuels sont élevés, afin que ceux-ci ne puissent pas faire de trop gros trous dans le budget.

La HMO MediX met l'accent sur les prestations de service : elle est ouverte de 7h30 à 20h, si l'on appelle avant 14h on obtient un rendez-vous pour le même jour (même si ce n'est pas une urgence), une infirmière expérimentée répond au téléphone 24 heures sur 24 et grâce à un contrat avec une société de taxi[29], une partie des visites à domicile peut être transférée à la HMO.

Ces médecins zurichois ne se sont pas arrêtés là. Pour permettre à d'autres groupes de médecins de bénéficier de leur savoir-faire et des outils informatiques développés spécialement pour exploiter de tels modèles, la partie s'occupant de la gestion et de l'administration du cabinet de groupe MediX s'en

[27] Felix Huber, MediX Ärzte AG : Die erste ärzteeigene HMO-Gruppenpraxis, Managed Care 2/98, p. 21.

[28] Il s'agit d'une proposition de MediX pour assurer le maintien de la qualité des soins dans les réseaux de santé.

[29] Le trajet ne coûte que 5 francs.

est détachée pour former la société MediX Management AG. Parce que les médecins n'ont ni la formation ni le temps nécessaires pour négocier des contrats avec les caisses, conclure des assurances pour les gros risques, établir les factures, tenir une comptabilité et gérer une telle entreprise. Ils considèrent que les modèles de capitation ne peuvent être exploités de manière rentable que si les dépenses d'administration et de gestion touchent environ 30'000 assurés. Cette société propose donc aux médecins qui désirent créer leur propre HMO ou leur propre réseau (financé par capitation) de les faire profiter de leur expérience.

Les premiers à l'avoir fait sont les médecins du réseau Wintimed, qui se sont constitués en une société anonyme, dont le capital est détenu à 80 % par les médecins du réseau et à 20 % par la société MediX Management AG, qui s'occupe de négocier, gérer et administrer leurs contrats de capitation. Wintimed en a avec les caisses Helsana et Visana, ce qui touche 2'000 assurés. Les autres caisses continuent à payer les médecins du réseau à l'acte.

Les collaborateurs de la HMO bernoise d'Arcovita ont également fait confiance à cette société : ils ont racheté le cabinet aux caisses-maladie, constitué une société anonyme (Bubenberg SA, 5'000 assurés) et confié à MediX Management AG le soin de négocier, gérer et administrer leurs contrats de capitation. MediX Management AG est aussi sous contrat avec la HMO AMC (Airport Medical Center) de Kloten, qu'elle dirige et dont elle organise les hospitalisations.

Ces trois nouveaux systèmes de capitation (Wintimed, HMO-Bubenberg et HMO-AMC), mis sur pied en collaboration avec MediX, ont tous démarré le 1er janvier 1999. Le risque est ainsi supporté non par le médecin, mais par le groupe de médecins. Cela leur permet d'être totalement indépendants des caisses et soucieux des coûts. La forme de société choisie, la société anonyme, permet aux médecins de risquer de perdre seulement leurs apports. Tout cela est bien joli, mais la SA est par définition à but lucratif. Or, on peut penser qu'il serait immoral de s'enrichir sur le dos des patients. Tant que les actions sont détenues par les médecins, on peut espérer qu'ils respectent l'éthique de leur profession. Par contre, il serait discutable que d'autres personnes puissent participer aux bénéfices, comme aux Etats-Unis. Il faut donc faire très attention à l'évolution de ce genre d'organisations, qui innovent dans le bon sens mais portent en elles des risques de dérapage.

L'autre élément qui comporte un risque potentiel est le fait que le médecin qui travaille dans une HMO est salarié, ce qui peut conduire une caisse-maladie peu scrupuleuse à faire pression sur lui pour que ses patients ne coûtent pas trop cher.

B. Les réseaux "médecin de famille"

Si les HMO présentent beaucoup de similitudes, les réseaux "médecin de famille" sont au contraire très différents les uns des autres. Suivant le modèle proposé, la réduction de prime se situe entre 5 et 20 %. Certains ont été créés à l'initiative des médecins[30], d'autres à l'initiative des caisses-maladie. Les objectifs d'économie que se sont fixés les réseaux oscillent entre 10 et 20 %.

Pour certains réseaux, les caisses-maladie ont conclu un contrat directement avec chaque médecin. Dans d'autres, la caisse a passé une convention avec le groupe de médecins, réunis la plupart du temps en association.

La plupart ont maintenu la franchise et la participation aux frais des assurés et la majorité a institué le système du tiers payant[31]. Ce modèle peut, en général, être choisi également pour l'assurance complémentaire (avec la même réduction de prime). Les plus petits réseaux de Suisse regroupent 15 médecins et le plus grand 629. Le nombre moyen d'assurés par médecin varie entre 13[32] et 476[33] et dans le canton d'Argovie, 17 % de la population sont affiliés à un réseau "médecin de famille".

Les médecins conventionnés sont la plupart du temps des généralistes et des internistes, parfois également des pédiatres. S'il n'y a pas de pédiatres parmi les médecins de premier recours, il y a trois possibilités : le réseau Avenir laisse libre accès au pédiatre, le réseau Wintimed ne peut être choisi qu'à partir de 16 ans et dans le réseau Optimed / Primamed, les enfants sont traités par les généralistes (si les parents désirent qu'ils le soient par un pédiatre, ils ne doivent pas les inscrire dans le réseau).

Le réseau Qualimed de Thun est le seul à employer des médecins de premier recours et des spécialistes. Il s'agit d'un modèle mixte, qui mélange le système "médecin de famille" et le système PPO, puisque les affiliés peuvent accéder directement aux spécialistes du réseau.

Comment savoir si un réseau sera efficace ou non ? J'ai retenu un certain nombre d'éléments qui permettent, à mon avis, de créer les conditions nécessaires à la réalisation d'économies.

---

[30] Les réseaux créés par les médecins sont en général une réaction à l'arrivée de HMO dans la région. Ils craignent de perdre leurs patients et veulent proposer aux assurés un modèle plus souple dans lequel les médecins ne sont pas salariés.

[31] C'est donc l'assureur qui paie directement les médecins.

[32] Sans tenir compte des réseaux fondés après le 31 décembre 1997.

[33] Ces chiffres proviennent de la liste des réseaux "médecin de famille", Managed Care 1/99.

1. Les critères d'efficacité

1.1 La philosophie du réseau et la motivation des médecins

C'est l'élément central d'un réseau. Il ne sert à rien d'avoir un règlement strict sur l'accès aux prestataires externes de soins si les médecins de premier recours ratifient généreusement les consultations *a posteriori*. La réussite d'un réseau dépend dans une large mesure de la motivation des médecins. On ne peut réussir quelques chose que si on y croit, si on est convaincu que cela va dans la bonne direction. Or, certains médecins entrent dans un réseau pour ne pas perdre de clients (voire pour imposer leurs conditions) et ne changent en rien leur pratique. L'état d'esprit des médecins de premier recours est donc tout aussi important que les règles du réseau, si ce n'est plus.

1.2 Les critères de sélection des médecins de premier recours

En général, un réseau va vouloir assurer la qualité des soins. D'un côté cela pourra lui servir de carte de visite et d'un autre, c'est le corollaire de l'accent mis sur la médecine de premier recours. On attend des *gatekeepers* qu'ils traitent le plus de choses eux-mêmes et qu'ils soient capables de voir où sont leurs limites. C'est pourquoi les réseaux posent en général certaines *exigences en matière de formation et de pratique*. Pour éviter que les jeunes médecins ne soient exclus des réseaux, le réseau d'Appenzell Ouest a mis sur pied un système de tutorat : un médecin peut participer au réseau dès qu'il pratique s'il trouve un tuteur[34]. Le rôle de ce "parrain" est de le guider dans le réseau, de lui donner des conseils sur la manière d'ouvrir et de gérer son cabinet et de l'aider à acquérir le savoir-faire d'un médecin de premier recours. Le tutorat dure deux ans et le tuteur est indemnisé par le jeune médecin (si possible en nature, par exemple en le remplaçant quand il est de garde).

Les réseaux Cosama et le réseau genevois Optimed / Primamed posent une *exigence en matière de coûts* : le médecin qui veut entrer dans le réseau ne doit pas dépasser 130 % des coûts moyens d'un médecin de sa spécialité[35]; s'il dépasse ce seuil, son cas est examiné par la Commission paritaire du réseau, qui peut tout de même l'accepter s'il justifie ces coûts élevés (par exemple en prouvant qu'il traite beaucoup de patients lourds).

[34] Hansueli Schläpfer, Wie erneuern sich Hausarztnetzwerke ? Das "Tutorsystem" im Hausarztnetzwerk Appenzell West, Managed Care 1/98, p. 20-21.

[35] Cela correspond à la définition de la "pratique dispendieuse" qui figure dans la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances.

La sélection s'opère d'une part au travers des exigences de formation, de pratique et de coûts, d'autre part au moyen des obligations imposées aux médecins du réseau, comme par exemple l'obligation de participer chaque semaine aux cercles de qualité.

1.3 La formation continue

La formation continue constitue un maillon fondamental des réseaux. La plupart d'entre eux organisent régulièrement des cercles de qualité, où les médecins discutent d'une part de cas concrets qui se posent à eux et d'autre part de thèmes médicaux, ce qui les amène dans certains réseaux à élaborer des guides de pratique, c'est-à-dire des recommandations envoyées ensuite à tous les médecins du réseau.

Le Dr Marc-André Raetzo, Président du réseau Delta, y croit beaucoup et organise chaque semaine des cercles de qualité auxquels les médecins du réseau ont l'obligation de participer. On n'y discute pas uniquement de problèmes médicaux : les médecins y abordent également des questions d'économicité et d'efficacité des actes médicaux. "L'idée, c'est de partager ensemble les difficultés de la gestion de l'incertitude. En effet, en médecine ambulatoire, le plus difficile, c'est de ne pas faire toutes les investigations possibles tout le temps, chez tous les patients. Le groupe permet de se rassurer sur les stratégies employées, et de revoir ensemble les bases scientifiques des pratiques courantes"[36].

Dans plusieurs réseaux, on invite d'autres fournisseurs de prestations (notamment des spécialistes) aux cercles de qualité afin d'élargir les connaissances des médecins de premier recours à d'autres domaines.

1.4 La coordination de la prise en charge et le choix des prestataires externes de prestations

Un autre mécanisme qui peut vraiment optimiser la prise en charge et diminuer les coûts, c'est la maîtrise de toute la chaîne des soins par le médecin de premier recours, telle qu'elle est pratiquée par les HMO.

Certains réseaux se contentent d'exiger l'autorisation du médecin de premier recours pour une consultation chez un spécialiste ou une hospitalisation et perdent ainsi la maîtrise de ce qui se passe hors du réseau, le patient choisissant lui-même le spécialiste et l'hôpital. Dans d'autres réseaux (comme Wintimed), les spécialistes et les hôpitaux auxquels les patients sont adressés sont

[36] Marc-André Raetzo, La formation continue, moteur de la maîtrise des coûts, BMS 47/1997 (19.11.97), p. 1762.

minutieusement choisis par le médecin de premier recours sur des critères de qualité (et probablement aussi de coûts) - d'une part pour assurer des soins de qualité et d'autre part pour éviter des frais ultérieurs dus à une mauvaise prise en charge - et aucun traitement (ni aucune opération) ne peut être entrepris sans son accord (CareMed et Qualimed). Certains ne s'arrêtent pas en si bon chemin : ils coordonnent toute la prise en charge, en contactant le spécialiste, le chirurgien, en allant rendre visite au patient à l'hôpital et en organisant sa convalescence, évitant qu'il ne reste à l'hôpital plus longtemps que nécessaire. Mais ce mode de prise en charge n'est pratiqué en général que dans un modèle de capitation car s'il est payé à l'acte, le médecin n'a aucun intérêt à le faire.

Un élément de maîtrise des coûts que l'on peut aussi trouver dans un réseau où les médecins sont payés à l'acte est le contrôle des factures des spécialistes par le médecin de premier recours, qui peut ainsi vérifier que le spécialiste a fait seulement ce qu'il lui avait demandé de faire et que le montant de la facture correspond. Normalement ce sont les caisses-maladie qui vérifient les factures, mais elles regardent seulement si le bon tarif est appliqué. Dans le réseau Delta, trois médecins du réseau contrôlent les factures (celles des médecins de premier recours comme celles des spécialistes) et dans le réseau Wintimed, les médecins de premier recours vérifient celles qui portent sur de gros montants.

Un réseau - ou plutôt les assureurs du réseau - peut conclure des conventions particulières avec des fournisseurs externes de prestations fixant des tarifs plus avantageux; chacun peut y trouver son compte : le réseau économise de l'argent et les fournisseurs concernés s'assurent une clientèle. Cette possibilité a été introduite par l'art. 46 LAMal. Actuellement, les seules conventions dont j'aie connaissance sont une convention de Cosama avec un laboratoire (VD) et une convention du réseau Farmed avec des infirmières (VD). De nombreux réseaux ont bien l'intention d'en conclure et le prévoient dans leurs conventions. C'est un bon moyen pour mettre les médecins en concurrence et les obliger à fixer des tarifs raisonnables.

Un autre moyen de diminuer les frais externes est de demander dans certains cas une seconde opinion. La convention du réseau vaudois Cosama, par exemple, attribue au Conseil paritaire la compétence de "définir les cas pour lesquels une seconde opinion devrait être requise".

1.5 Le champ d'application du principe du *gatekeeping*

Pour évaluer le potentiel d'économie d'un réseau, il faut également examiner l'importance qu'il attribue au *gatekeeping*.

Tous les réseaux laissent libre accès au gynécologue (beaucoup le limitent toutefois aux contrôles et au suivi de la grossesse), la plupart également à

l'ophtalmologue (certains seulement pour les contrôles), quelques-uns au pédiatre et certains réseaux Medinet permettent d'aller librement trois heures chez le psychiatre.

A côté de cela, certains réseaux sont très souples : le réseau genevois Optimed / Primamed permet à ses assurés d'aller voir un spécialiste librement une fois par année, pour avoir son avis sur la nécessité d'une investigation ou d'un traitement; le réseau Avenir les autorise à consulter d'eux-mêmes un spécialiste, mais ils doivent s'annoncer comme affilié au Plan de santé, donner le nom de leur médecin de premier recours et obtenir son autorisation pour tout examen complémentaire ou poursuite de traitement; les assurés du réseau Cosama peuvent pour leur part aller directement chez un spécialiste quand leur médecin de premier recours les connaît, mais ils doivent dire tout de suite qu'il font partie du réseau et qui est leur médecin de premier recours, le spécialiste pouvant procéder à un premier examen mais devant prendre contact avec le médecin de premier recours avant toute investigation complémentaire.

Personnellement, j'aime bien la possibilité laissée par le réseau Optimed / Primamed une fois par année. Celles des réseaux Avenir et Cosama me paraissent un peu permissives pour un réseau, ouvrant la porte à des abus de la part des assurés, mais elles ont le mérite d'éviter que le médecin de premier recours ne refuse une consultation utile ou de rassurer le patient.

Les conséquences d'une consultation d'un spécialiste sans autorisation de son médecin de premier recours varient d'un réseau à l'autre : dans la plupart des réseaux, elles sont à la charge des patients (à part dans le réseau Avenir, qui en rembourse la moitié), à moins qu'elles ne soient ratifiées *a posteriori* par le médecin de premier recours (ce qui devrait se passer en tout cas si la consultation était justifiée; mais certains médecins ont tendance à ratifier généreusement).

1.6 L'information et la participation des patients

Les mécanismes de rationalisation des soins vont être beaucoup mieux acceptés par les patients (et donc appliqués plus efficacement) si ces derniers en comprennent la raison. Pour cela, il faut qu'on prenne la peine de leur expliquer la philosophie du réseau, le pourquoi des choses. Beaucoup de réseaux comportent encore d'énormes lacunes dans ce domaine. Les assureurs se contentent souvent d'envoyer un mode d'emploi aux assurés, sans leur expliquer les raisons et les buts du *Managed Care*. Un réseau qui mise au contraire beaucoup sur la participation des assurés est le réseau Wintimed, qui les informe régulièrement de l'évolution du réseau par des lettres et des séances d'information. A mon avis, les patients qui comprennent les mécanismes du

réseau peuvent générer moins de coûts et surtout être plus satisfaits de la prise en charge.

1.7 Le mode de rémunération des médecins

Voilà un sujet qui provoque de vives réactions ! Comme les médecins déterminent, par leurs décisions, la majeure partie des dépenses de santé, la manière dont ils sont payés peut jouer un rôle dans l'évolution des coûts de la santé.

Dans le système traditionnel, le médecin est payé à l'acte; son revenu va donc dépendre du volume de ses prestations. Non seulement il n'est pas encouragé à réduire ses actes à ce qui est nécessaire, mais en plus il est incité à les multiplier s'il veut augmenter son revenu. Et comme la Suisse connaît une pléthore de médecins, un praticien n'a pas intérêt à refuser quelque chose à son patient car il risque de le voir partir. Sans compter les équipements coûteux qu'il faut rentabiliser. Pour faire évoluer cette situation et pour mettre les médecins en concurrence, l'art. 43 LAMal a introduit la possibilité d'utiliser d'autres modes de rémunération : le tarif au temps, le forfait par patient et le forfait par groupe d'assurés.

Beaucoup de réseaux ont conservé le paiement à l'acte; certains au tarif cantonal en vigueur, d'autres au tarif cantonal mais avec une autre valeur du point, valorisant les actes intellectuels au détriment des actes techniques. Le réseau Avenir, quant à lui, a introduit un tarif basé sur le temps. Les autres (les réseaux Pionier, certains réseaux Qualimed et bientôt le réseau Delta[37]) ont osé mettre sur pied un système de capitation.

Les réseaux Pionier[38] (Berne et Soleure) ont été les premiers à l'introduire, en 1995 déjà. Chaque médecin ayant conclu un contrat avec la caisse reçoit chaque mois un forfait par assuré calculé sur la base de l'âge et du sexe de chaque patient affilié. Cette somme couvre toutes les prestations du médecin de premier recours (à part les médicaments), ce qui allège les tâches administratives du médecin et de la caisse (plus besoin de facturer ces prestations). Les deux autres réseaux à avoir conclu des contrats de capitation sont le réseau Qualimed bâlois et le réseau Qualimed de Winterthour, mieux connu sous le nom de Wintimed.

Avant le 1er janvier 1999, les 26 médecins du réseau Wintimed étaient payés à l'acte et faisaient partie d'une association. Depuis le début de cette année, ils reçoivent des forfaits des caisses Helsana et Visana (cela concerne 2'000 des 9'000 assurés affiliés au réseau) et ont transformé leur association en société

[37] En principe dès le 1er janvier 2000.
[38] Peter Wyss / Michael Egli, Hausarztmodell mit Teilpauschalen : Das Pionier-Modell der Artisana, Managed Care 2/98, p. 6-8.

anonyme. Les médecins détiennent 80 % du capital (chacun devait apporter au minimum 5'000 fr.) et MediX Management AG les 20 % restants. C'est MediX qui s'occupe d'encaisser les forfaits (calculés en fonction de l'âge et du sexe des assurés, avec un supplément pour le travail administratif) et de payer les factures. Ces forfaits doivent couvrir tout le catalogue de prestations de l'assurance de base, et pas seulement les prestations des médecins de premier recours comme dans le modèle Pionier. Des assurances sont conclues pour les gros risques, c'est-à-dire pour les patients dont les coûts annuels dépassent 10'000 fr. S'il y a un déficit, les médecins risquent de perdre les 10 % qui ont été retenus sur leurs honoraires[39] puis leur apport en capital. Si cela ne suffisait pas à payer les factures (ce qui est très peu probable), ce sont tout de même les caisses-maladie qui devraient payer le reste. S'il y a au contraire un bénéfice, ce sont les médecins qui décident ce qu'ils en font. Dans le système précédent, les caisses-maladie et les médecins se partageaient le bénéfice : les médecins en touchaient la moitié, mais maximum 10'000 fr. (puis 5'000 fr.) chacun par année. Dans le réseau bâlois, le moitié du bénéfice (ou du déficit) va aux médecins et l'autre moitié à la caisse.

Le côté positif de la capitation est le suivant : comme les médecins prennent à leur compte la responsabilité financière en plus de la responsabilité médicale, ils ont tout intérêt à optimiser la prise en charge. Ils vont donc prendre contact avec les prestataires extérieurs de soins, rendre visite au patient à l'hôpital, organiser sa sortie, ... Selon le Dr Oskar Denzler, un médecin du réseau Wintimed, l'idée est d'envoyer les patients aux meilleurs spécialistes et hôpitaux; il serait tout à fait envisageable de conclure un accord avec eux et d'obtenir des prix avantageux, voire de les faire participer à la société anonyme[40].

Quant au travail administratif supplémentaire qui incombe aux médecins dans un réseau, il est parfois rétribué : dans le réseau genevois Optimed[41]/ Primamed[42], par exemple, le médecin est payé sur la base de la tarification des actes intellectuels alors que dans les réseaux Qualimed vaudois et genevois[43], le médecin de premier recours reçoit un franc par mois et par assuré.

1.8 La participation des médecins au risque financier

On pense que si les médecins ont un intérêt financier à ce que les coûts diminuent, ils feront plus attention et éviteront les actes inutiles. D'accord, mais

[39] Si, à la fin de l'année, les forfaits ont suffi, le médecin touche ces 10 %.
[40] Interview du 3 février 1999 du Dr Oskar Denzler.
[41] Cosama et Intras.
[42] Concordia.
[43] Le réseau Qualimed genevois est le réseau Delta.

cela comporte également le risque qu'ils fassent passer leurs intérêts avant ceux de leurs patients, peut-être même inconsciemment. C'est pourquoi il faut faire attention à ne pas donner trop d'importance à cet élément dans la rémunération des médecins.

C'est sur ce sujet que la différence de perception et de sensibilité entre Romands et Alémaniques est la plus forte. Les réseaux suisses-allemands sont nombreux à faire participer les médecins aux bénéfices et aux déficits, alors que les médecins romands considèrent que cela est contraire à l'éthique médicale, donc inacceptable.

Dans quelques réseaux CareMed, les médecins supportent la moitié du risque (mais 5'000 fr. maximum par médecin et par année), à condition que le réseau ait au moins 2'500 affiliés. Pour calculer le bénéfice, on soustrait aux coûts bruts du collectif de comparaison (qui a la même structure d'âge et de sexe que le réseau) les coûts bruts des assurés du réseau, l'économie budgétée (15 %) et les coûts administratifs. Dans certains réseaux Qualimed, les médecins supportent entre 5 et 30 % du risque financier (en général maximum 3'000 fr. par médecin par année). Dans ces cas-là, le bénéfice (ou le déficit) réalisé par le réseau est distribué selon la clé de répartition prévue par la caisse et les médecins.

A Bâle, les médecins de la HMO appartenant à la *Stiftung HMO* et ceux du réseau IPA (médecin de famille) qui lui est rattaché sont réunis au sein de l'association Vipa et participent aux bénéfices et aux pertes de la manière suivante : les médecins ne reçoivent que 92,5 % du montant de leurs factures et les 7,5 % restants sont versés dans un pool (2,5 % finançant une assurance gros risques pour les cas de plus de 20'000 fr.). Si l'objectif d'économies négocié par la Commission paritaire (fixé à 15 % pour l'année 1998) n'est pas atteint, le pool doit couvrir les pertes. Si, en revanche, l'objectif est dépassé, les médecins bénéficient du total du bonus.[44]

Dans d'autres modèles, notamment certains réseaux romands, le réseau lui-même peut toucher une petite partie (maximum 2 % du budget) du bénéfice (dans le réseau Medinet vaudois pour financer la formation des médecins du réseau et pour créer un capital de risque, dans le réseau Qualimed vaudois pour pouvoir augmenter la valeur du point des prestations intellectuelles l'année suivante), mais il ne participe pas aux pertes.

Une autre façon de participer au risque financier pour les médecins est d'être rémunérés par capitation.

[44] Stefan Hill, Le Managed Care en Suisse, Bulletin Atag 4/97, p. 10.

1.9 La maîtrise des urgences

En cas d'urgence, un assuré peut consulter un autre médecin que son médecin de premier recours[45]. Ce droit, garanti implicitement par l'art. 41 al. 2 LAMal, est reconnu par tous les réseaux. Certains d'entre eux ont toutefois posé des règles assez strictes à son exercice, afin que la prise en charge externe de leurs assurés ne leur échappe pas dans une trop grande mesure.

Quelques-uns ont organisé eux-mêmes un service d'urgence (par lequel l'assuré doit passer si cela est possible), d'autres exigent que l'assuré commence par contacter son médecin de premier recours ou un autre médecin du réseau (dans la mesure du possible). Dans les réseaux CareMed et Qualimed, l'assuré doit ensuite contacter au plus vite son médecin de premier recours et lui expliquer ce qui s'est passé et ce qu'on lui a fait. Dans les réseaux Qualimed, l'assuré doit informer immédiatement un médecin du réseau si un traitement est nécessaire et la deuxième consultation doit impérativement avoir lieu chez un médecin du réseau.

Les réseaux romands Medinet, Optimed / Primamed et Cosama considèrent qu'il y a urgence quand une affection menace l'intégrité corporelle ou la vie de l'assuré et nécessite un acte médical qui ne peut être différé ou quand l'état d'angoisse généré par les symptômes nécessite une consultation médicale dans les plus brefs délais; à part dans le réseau Medinet, il faut également que le médecin de premier recours ne soit pas atteignable.

1.10 Le traitement des données

Pour diriger convenablement un réseau de santé, il est nécessaire d'avoir un minimum d'informations sur les coûts et le fonctionnement du modèle.

La première des choses à faire est de communiquer régulièrement aux médecins une liste détaillée des coûts qui lui sont liés et des coûts générés par d'autres fournisseurs pour ses patients, comparés aux coûts moyens des médecins du réseau. C'est ce que font notamment les réseaux Cosama, dont les statistiques sont beaucoup plus complètes et différenciées que celle du Concordat des assureurs maladie suisses (CAMS).

Le médecin de premier recours peut ainsi se situer par rapport aux autres et éventuellement remettre sa pratique en question. Mais il ne faut pas s'arrêter là ! Il faut faire une analyse plus poussée des résultats pour avoir une chance de gérer et d'améliorer le système. C'est ce que font un certain nombre de caisses,

[45] Il peut en fait toujours consulter un autre médecin mais s'il ne s'agit pas d'une urgence, il devra payer la consultation lui-même, car elle ne sera pas prise en charge par l'assureur.

qui veulent pouvoir contrôler la situation. Il faut toutefois veiller à ne pas porter atteinte au secret médical ni à la protection des données.

Si l'on examine maintenant les réseaux suisses à la lumière de ces neuf critères, on se rend compte que certains ont prévu nombre de ces mécanismes de gestion des soins et que d'autres se sont montrés plus frileux, voire plus prudents.

Le réseau vaudois Cosama, par exemple, a démarré doucement. Comme l'idée d'un réseau avait provoqué des remous au sein du corps médical, la Société vaudoise de médecine a finalement accepté d'entrer en discussion avec les caisses-maladie mais avec certaines exigences comme le libre accès des médecins de premier recours au réseau, l'absence d'intéressement financier des médecins au résultat, l'absence de contrôle des spécialistes par les médecins de premier recours et le libre choix des spécialistes par les *gatekeepers*. Ce n'est pas un réseau très intégré (pas de sélection des médecins, pas de formation continue, libre accès au spécialiste pour un premier examen, pas de contrôle des factures, ...), mais c'est un début : il faut laisser aux mentalités le temps d'évoluer. Et si le tiers des médecins vaudois n'avaient pas déjà fait partie d'un réseau, les autorités vaudoises n'auraient jamais pu mettre sur pied le réseau Farmed pour les requérants d'asile, car les oppositions auraient été trop véhémentes.

C. Farmed : un réseau pour les requérants d'asile

Depuis le 1er janvier 1996, les cantons peuvent affilier leurs requérants d'asile à un réseau de santé. Le Parlement a en effet modifié l'ordonnance 2 sur l'asile (relative au financement) du 22 mai 1991[46], dont l'art. 10a al. 4 a maintenant la teneur suivante[47] : "Les cantons peuvent restreindre la liberté du choix de l'assureur et du fournisseur de prestations, notamment dans les cas où des conventions ont été conclues conformément à l'art. 42 al. 2 et à l'art. 62 LAMal entre assureurs et fournisseurs de prestations. Si le choix du fournisseur de prestations est limité, les cantons prennent les mesures propres à assurer la qualité de l'offre".

Jusqu'en 1994, les prestations sanitaires fournies aux requérants étaient payées par l'Office fédéral des réfugiés selon un système forfaitaire avec un plafond financier. La plupart des cantons ont ensuite conclu un contrat collectif pour ces assurés, mais l'explosion des coûts (probablement due à un manque total de cadrage de la demande, les requérants étant libres de consulter et connaissant mal notre système de santé) a été telle dans le canton de Vaud que l'assurance qui s'en chargeait a jeté l'éponge. La CSS Assurance a alors accepté de

[46] RS 142.312.

[47] Modification du 22 novembre 1995.

reprendre le contrat à condition de mettre en place un réseau de santé dans le canton.

Ce réseau, qui a démarré le 1er septembre 1998, prend en considération les principales caractéristiques des requérants (qui peuvent d'ailleurs générer des coûts importants si l'on n'en tient pas compte) : ils ne connaissent pas du tout notre système sanitaire, ont un vécu culturel différent et des problèmes de communication, ont pour la plupart vécu une expérience traumatisante et ne savent pas ce qui va leur arriver.

Farmed poursuit deux buts : améliorer les soins prodigués aux requérants et éviter la dérive des coûts. Si le système devait aboutir à un bénéfice, la CSS s'est engagée à en mettre une partie à la disposition du réseau pour structurer et généraliser le système d'interprètes et de médiateurs culturels, dont le développement est actuellement compromis par le manque de ressources[48].

Toute la population peut choisir librement son médecin, à part ceux qui ont choisi de restreindre leur choix pour payer une prime moins élevée. Alors est-ce normal que les requérants d'asile puissent être obligés à entrer dans un tel modèle ? S'il est bien fait, un réseau peut améliorer leur prise en charge en tenant compte de leurs spécificités comme le fait le réseau Farmed et en les encadrant, ce dont ils ont besoin. Ce qui serait déjà plus controversé, c'est de les affilier à un réseau qui existe déjà sans l'adapter, juste pour économiser une partie des primes; cela risquerait même de faire couler le réseau en question ! Mais là, le réseau Farmed a été créé pour eux et adapté à leurs besoins. On ne peut donc en aucun cas parler de médecine à deux vitesses.

D. Les réseaux PPO

Il s'agit des modèles nommés "light". Il en existe en tout cas deux à ce jour : Helsana light et Nova light. Les médecins y sont payés à l'acte et contrairement au modèle américain, ils n'ont pas encore conclu de tarif préférentiel et sont rémunérés au tarif cantonal en vigueur. En plus de ces assurances de base, plusieurs caisses proposent des assurances complémentaires sous forme de PPO (listes d'hôpitaux) avec ou sans seconde opinion.

1. Helsana light

Ce réseau, introduit le 1er janvier 1997 dans les cantons de Berne et du Tessin, concerne 21'400 assurés et réduit la prime de l'assurance de base de 10 %.

[48] Voir A. Pécoud, Réseau Farmed - Un réseau de santé pour les requérants d'asile : une collaboration SVM, CSS Assurance, Service de la santé publique et FAREAS, Courrier du médecin vaudois 4/98, p. 7-8.

Il s'agit d'un modèle mixte car il combine le principe du *gatekeeping* (modèle "médecin de famille") avec une liste de médecins de premier recours et une liste d'hôpitaux. L'assuré doit donc se choisir un médecin de premier recours parmi ceux de la liste et il ne peut pas se faire hospitaliser dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste de la caisse. Les médecins de premier recours de la liste sont des généralistes, des internistes et des pédiatres; un médecin peut demander à y figurer, ou l'un de ses patients, mais son nom n'y sera pas intégré sans son accord. Il ne conclut aucun contrat avec la caisse et n'est pas indemnisé pour le travail administratif supplémentaire. Une fois que son nom est sur la liste, il reçoit des instructions sur la mise en œuvre du *gatekeeping*. Le seul spécialiste auquel les assurés peuvent accéder librement est le gynécologue.

2. Nova light

Ce modèle, mis sur le marché par Swica le 1er janvier 1998, a provoqué de vives réactions au sein du corps médical.

L'assuré qui choisit ce modèle peut économiser jusqu'à 10 % sur sa prime; en contrepartie, il doit s'adresser uniquement aux médecins (généralistes comme spécialistes) et aux hôpitaux qui figurent sur les listes établies par la caisse, c'est-à-dire que la caisse considère comme économiques. Avant un procédé diagnostique ou thérapeutique figurant sur une liste établie par la caisse ainsi qu'avant toute hospitalisation, l'assuré doit demander une garantie de frais à Swica. Si cela concerne une hospitalisation, Swica examine la nécessité de cette dernière ainsi que la qualification de l'hôpital. Si l'assuré ne respecte pas l'une de ces règles, les frais ne lui seront remboursés qu'à 50 %.

On peut se demander si la clause qui réduit la prise en charge des soins à 50 % dans les cas où l'assuré n'a pas demandé de garantie de frais est valable. La loi permet à l'assuré de limiter son choix "aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses", mais elle garantit "les prestations que la loi rend obligatoires" (art. 41 al. 4 LAMal). Quand le même article dit que "l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs" (désignés par la caisse), l'on peut légitimement en déduire - *a contrario* - que la caisse doit payer les soins fournis ou prescrits par les fournisseurs de prestations figurant sur ses listes. Dans le cas où un patient reçoit des soins couverts par l'assurance de base dans un hôpital de la liste sur l'ordre d'un médecin agréé par la caisse, l'on peut donc se demander si la caisse a le droit de réduire ses prestations de moitié sous prétexte que l'assuré a omis de demander une garantie de frais.

Le modèle prévoyait également que l'assuré se fasse prescrire ou remettre autant que possible des médicaments génériques (selon une liste), mais l'OFAS a demandé à Swica de supprimer cette clause car elle est illégale; c'est au médecin qu'il appartient de choisir entre une préparation originale et un médicament générique, pas à l'assureur. L'accès aux préparations originales est garanti par le catalogue de prestations de l'assurance de base.

Cette assurance n'est pas très restrictive dans le choix du médecin, puisqu'elle inscrit sur sa liste environ 60 % des médecins du canton. Comme l'assuré peut consulter directement un spécialiste et changer de médecin autant de fois qu'il le désire, ce modèle n'a aucun effet sur le tourisme médical. Ce qui est le plus restrictif dans ce modèle, c'est que l'assuré doit demander une seconde opinion (qui doit bien sûr être favorable) ou une garantie de frais avant certains actes diagnostiques et thérapeutiques et surtout avant toute hospitalisation.

Si ce produit a fait autant de vagues au sein du corps médical, c'est pour deux raisons. D'abord parce que l'un des objectifs de Swica était de faire une liste des médecins les moins chers, ce qui ne pouvait que déplaire aux médecins, qui se sont sentis en danger. Ensuite parce que l'assureur s'est basé sur des données (personne ne sait d'ailleurs exactement lesquelles) incomplètes et erronées (on y trouvait même des personnes décédées ou à la retraite), sans consulter préalablement les sociétés cantonales de médecine. Ces dernières ont été informées de l'existence de ces listes en même temps que la presse et on leur a laissé 10 jours pour proposer des corrections. Certaines d'entre elles n'ont pas du tout apprécié et ont incité leurs membres à demander à la caisse de supprimer leur nom de la liste. Il y a même eu quelques épisodes judiciaires (voir IV. 1. B.) et le modèle a été retiré dans certains cantons.

La FMH a fait savoir par un communiqué de presse qu'elle n'approuvait pas du tout cette assurance. "De tels modèles sont déjà connus aux Etats-Unis depuis près de 20 ans" et "l'expérience a montré que de telles solutions ne permettent des économies qu'à court terme" et "engendrent de véritables inflations bureaucratiques". De plus, "les statistiques actuelles (...) sont bien trop peu différenciées pour permettre de recourir à des modèles tels que celui proposé par la Swica. Les médecins qui (...) se spécialisent dans certains domaines seront désavantagés par ce manque de différenciation, pour ne pas dire pénalisés"[49].

En fait, un modèle tel que celui-ci est très difficile à mettre sur pied, car personne ne dispose actuellement des données qui permettent de séparer les médecins trop chers des autres. En effet, ni les statistiques du CAMS ni les chiffres que détiennent les assureurs ne tiennent compte des diagnostics et du type de clients des médecins. Un praticien qui traite beaucoup de cas lourds n'a

[49] Communiqué de presse du 9 septembre 1997 de la FMH sur le projet "Nova light" de la Swica, disponible sur Internet à l'adresse www.hin.ch/fmh-fr/pres05_f.htm.

donc aucune chance d'apparaître comme un médecin raisonnable dans les statistiques qu'on peut établir à l'heure actuelle.

IV. L'évaluation des premiers réseaux

A. L'évaluation des trois premières HMO par l'OFAS[50]

Quand le Conseil fédéral a autorisé à titre expérimental et pour cinq ans l'assurance "avec choix limité du médecin"[51] (ainsi que l'assurance avec bonus), il a subordonné "l'approbation des dispositions édictées par les caisses en matière d'assurances particulières (...) à la réalisation de certaines recherches scientifiques" dont le but était de "déterminer l'influence de l'assurance particulière sur le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, ainsi que ses répercussions sur l'évolution financière de la caisse", notamment en comparant "le groupe des personnes affiliées à l'assurance particulière avec un groupe de personnes affiliées à l'assurance ordinaire de base de la caisse, dont la structure de risques est identique"[52].

B. L'évaluation de la HMO de l'Université de Genève[53]

Cette HMO, entrée en fonction en automne 1992, a fait l'objet d'une évaluation séparée, par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève (IMSP), portant sur une période d'observation de deux ans. Elle se distingue en effet des HMO évaluées par l'OFAS sur plusieurs points importants : elle utilise des infrastructures qui existaient déjà auparavant[54], les médecins sont payés à l'acte et elle a été créée pour un groupe d'assurés déjà existant et bien déterminé : les étudiants de l'Université de Genève[55].

[50] Voir Rita Baur / Wolfgang Hunger / Klaus Kämpf / Johannes Stock (Prognos AG), Rapport de synthèse : Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie, Aspects de la sécurité sociale n°1/98, OFAS.

[51] Art. 23-23 bis O V sur l'assurance-maladie du 2 février 1965, modification du 20 décembre 1989.

[52] Art. 23 quinquies O V sur l'assurance maladie du 2 février 1965, modification du 20 décembre 1989.

[53] Voir Thomas Perneger / Jean-François Etter / Béatrice Schaad, Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève, IMSP, Université de Genève, Etudes et Recherches 6/1995.

[54] Le réseau est constitué d'un centre d'accueil et de cabinets médicaux. Ses concepteurs estiment qu'"à l'heure où le nombre de médecins et de cabinets est, en Suisse, déjà trop élevé, l'idée de créer de nouvelles infrastructures pour de nouveaux HMO est une aberration"; Jacques Peiry, Concept du Plan de santé d'Avenir, Cahiers médico-sociaux 38 n° 3-4/1994, p. 293.

[55] La HMO a été ouverte le 1er septembre 1993 à tous les assurés genevois.

C. Les recommandations du Professeur Jürg H. Sommer[56]

Le Département fédéral de l'Intérieur a chargé le Prof. Jürg H. Sommer d'analyser les résultats de l'évaluation des nouvelles formes d'assurance-maladie et d'en tirer des conclusions pour la politique de la santé.

V. Les premiers résultats

A. Les réseaux CareMed [57]

L'organisation de *Managed Care* SanaCare a analysé les coûts pour l'année 1996 des cinq premiers réseaux CareMed[58] et les a comparés à ceux d'un groupe d'assurés traditionnels des mêmes caisses dont les structures d'âge et de sexe ainsi que la répartition régionale sont identiques.

Ces réseaux, qui visaient une économie de 15 %, ont tous permis de réduire les coûts de 17 à 24 % par rapport aux assurés traditionnels. Il est intéressant de noter que ces réseaux ont obtenu des résultats comparables alors que certains sont situés en ville et d'autres à la campagne.

Malheureusement, SanaCare ne peut dire exactement comment ces économies ont été réalisées. Elle pense que la diminution du tourisme médical et un meilleur contrôle des coûts de la chaîne des soins par le médecin de premier recours sont des éléments importants, mais elle n'exclut pas qu'une certaine sélection des risques y ait contribué.

B. Le réseau Wintimed [59]

Les coûts du réseau ont été comparés à ceux du canton de Zurich[60] en tenant compte de la structure d'âge et de sexe. La phase pilote ayant débuté en mars 1994, l'évaluation a porté sur une courte période (août 94 à mai 95) et sur un effectif réduit (2'000 assurés). Elle a montré que le réseau avait réalisé des économies de l'ordre de 20 %.

[56] Voir Jürg H. Sommer, Evaluation de nouvelles formes d'assurance-maladie : Conclusions et recommandations concernant la politique de la santé, Centre de sciences économiques de l'Université de Bâle, octobre 1997.

[57] Georg A. Mathis / Ruth Herren, Hausarztnetzwerke in der Schweiz : Erste breitflächige Auswertungen, Managed Care 1/98, p. 8-10.

[58] Sur les cinq, seuls trois ont plus de 2'500 assurés, ce qui est nécessaire pour pouvoir tirer des conclusions. Les chiffres des deux autres sont donc indicatifs.

[59] Wintimed - ein Erfahrungsbericht, Bulletin des médecins suisses 13/1996, 27.3.96, p. 525-531.

[60] Car les coûts du canton sont très proches de ceux de la ville de Winterthour, où se situe le réseau.

Les médecins de ce modèle ont par la suite avancé les chiffres suivants : ils auraient économisé 25 % en 1995, 18 % en 1996 et 28 % en 1997, alors que la réduction de prime a été maintenue à 15 %[61] !

C. Le réseau Cosama vaudois[62]

En 1997, le réseau vaudois a obtenu un bénéfice : la caisse-maladie a empoché 492 fr.[63] par assuré. Le coût brut d'un assuré du réseau s'élevait à 999,42 fr. (coût net : 774,81 fr.) contre 2'192, 95 fr. (coût net : 1'867,98 fr.) pour un assuré traditionnel.

Le Dr Jean-Pierre Pavillon, qui est le président du réseau vaudois, se montre prudent dans l'interprétation de ces chiffres : la population du réseau est plus jeune que celle de l'assurance traditionnelle (34,5 ans contre 37 ans), la proportion d'assurés ayant souscrit une franchise à option est plus importante et le réseau a sans doute attiré des gens qui ont moins la mentalité de consommateurs de soins. Il lui semble difficile de dire si le principe du *gatekeeping* a lui-même induit des économies. Pour lui, "le réseau aura au moins eu le mérite d'être un lieu où médecins et assureurs n'ont pas seulement des sujets de conflits mais aussi un but commun : une entreprise dont l'ambition est de "maîtriser les frais sans diminuer la qualité des soins" (art. 2 de la convention)".

D. Le réseau Pionier bernois[64]

L'évaluation porte sur 1'100 assurés et sur une période de 18 mois. Le collectif de comparaison a la même structure d'âge et de sexe et est réparti géographiquement de la même manière que les assurés du réseau.

En 1996, les coûts des affiliés se situaient 12 % en dessous de ceux du collectif traditionnel. Les plus grandes différences concernent les frais hospitaliers et les prises en charge par les spécialistes. Au cours du premier semestre de 1997, les assurés du réseau ont coûté 18 % de moins que ceux du collectif et les plus grands écarts se trouvent également dans les coûts facturés par les hôpitaux et les spécialistes.

[61] Interview du 3 février 1999 du Dr Oskar Denzler.
[62] Entretien téléphonique du 26 mars 1999 avec Mme Sonia Paradis; intervention de du Dr Jean-Pierre Pavillon au colloque du 24 mars 1999 sur les réformes sanitaires et les réseaux (expériences étrangères, LAMal, NOPS) au CHUV, à Lausanne.
[63] Il s'agit du bénéfice net, après déduction notamment des frais administratifs et de l'approvisionnement des réserves.
[64] Peter Wyss / Michael Egli, Hausarztmodell mit Teilpauschalen : Das Pionier-Modell der Artisana, Managed Care 2/98, p. 7.

E. Le réseau Delta[65]

Fin 1996, la CSS et Visana avaient 5'500 assurés dans la partie Medinet du réseau Delta. En 1996, les soins d'un assuré Medinet ont coûté 748,60 fr. contre 2'159,40 fr. pour un assuré traditionnel des mêmes caisses et une assurée Medinet a coûté 1'114,20 fr. contre 3'407,20 fr. pour une assurée CSS ou Visana.

La prise en charge médicale des assurés Medinet a donc coûté trois fois moins cher ! Toutefois, les affiliés au réseau sont beaucoup plus jeunes que les assurés traditionnels[66] et si l'on tient compte de la compensation des risques telle qu'elle est prévue par la loi, les économies diminuent de moitié. Selon les auteurs de l'article, la réduction de coûts qui subsiste est encore trop importante pour s'expliquer uniquement par le changement de comportement des médecins et des patients. "Nach wie vor ungelöst bleibt die Frage, ob sich ganz einfach diejenigen Versicherten ins Medinet-Netz Genf hineinselektieren, welche auch im konventionellen System ebenso unterdurchschnittliche Kosten verursachen würden"[67]. Les auteurs de l'article admettent que l'idée de comparer les coûts des assurés Medinet seulement avec ceux des assurés traditionnels des mêmes caisses n'était pas bonne. Ils auraient plutôt dû comparer leurs coûts à ceux qu'ils auraient entraînés s'ils étaient restés dans l'assurance traditionnelle.

D'après le Dr Marc-André Raetzo, les économies réalisées par le réseau Delta (dans son ensemble) sont dues pour un quart à la sélection des patients et pour le reste à la sélection des médecins[68], à la filière de soins et à la formation continue[69].

Chapitre 3 : Le point de vue de quelques acteurs

I. Les médecins

La réaction du corps médical fut d'abord violente et hostile, surtout de la part des spécialistes, qui se sentaient menacés. Une enquête réalisée en 1996 auprès d'un échantillon représentatif du corps médical a révélé "un clivage important

[65] Medinet-Netz Genf : Erfahrungen und Ergebnisse, Managed Care 1/98, p. 11.
[66] Il y a environ 10 ans de différence.
[67] Leo Buchs / Rolf Zehnder, op. cit., p. 12.
[68] La formation continue hebdomadaire obligatoire a pu dissuader les médecins qui n'étaient pas convaincus et motivés d'entrer dans le réseau.
[69] Intervention du Dr Marc-André Raetzo au colloque du 24 mars 1999 sur les réformes sanitaires et les réseaux (expériences étrangères, LAMal, NOPS, ...) au CHUV, à Lausanne.

(...) à l'intérieur de la classe médicale au sujet de l'adhésion aux réseaux de soins coordonnés", que les auteurs de l'enquête considèrent comme "un point capital de toute réforme des systèmes sanitaires"[70].
Mais les mentalités changent. De plus en plus de médecins ont compris que les réseaux n'étaient pas tout noirs, mais qu'ils pouvaient le devenir s'ils se laissaient faire, et que c'était à eux de poser les conditions nécessaires à une médecine de qualité.

A. La Fédération des médecins suisses (FMH) [71]

1. Les points positifs

Aujourd'hui la FMH dit oui au *Managed Care*, mais à certaines conditions.

Pour Hanspeter Kuhn, Secrétaire général adjoint de la FMH, un avantage du *Managed Care* est de mettre dans les mêmes mains la responsabilité de la prise en charge médicale et celle de ses conséquences financières; contrairement à l'assurance traditionnelle, où la séparation est claire entre les fournisseurs de prestations et les assureurs (qui contrôlent et paient les factures), entraînant une confrontation entre les deux.

Cette réunion des responsabilités devrait entraîner une meilleure efficacité, mais pas sans l'outil absolument indispensable au *Managed Care* et encore absent du système suisse de santé : de vraies statistiques ! M. Kuhn estime que les statistiques actuelles sont même contraires à la loi, car elles prennent en compte uniquement les coûts, ne permettant pas de contrôler le caractère économique des prestations selon l'art. 56 LAMal. Les statistiques devraient permettre à un médecin de se comparer à ses confrères sans être pénalisé parce qu'il traite beaucoup de patients lourds ou parce qu'il s'occupe lui-même de beaucoup de choses et envoie donc moins de patients chez des spécialistes. Or, c'est loin d'être le cas aujourd'hui. Les assureurs qui font du *Managed Care* demandent aux médecins de faire tout ce qu'ils peuvent eux-mêmes, ce qui les fait apparaître comme des médecins chers dans les statistiques actuelles. Une réforme profonde de la statistique médicale aura également des répercussions

[70] Gianfranco Domenighetti / Felix Gutzwiller / Olivier Guillod / Jacqueline Quaglia / Claudia Pennetti, Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse, BMS 78/16 (16.4.97), p. 588.
[71] Entretien téléphonique de mai 1998 et interview du 1er juillet 1998 avec M. Hanspeter Kuhn, Secrétaire général adjoint de la FMH; Communications du Comité central, BMS 29/30/1995 (26.7.95), p. 1218; Délibérations du Comité central de la FMH, BMS 34/1995, 23.8.95, p. 1341-1342; Hans Heinrich Brunner, LAMal - une année après, BMS 51/52/1995 (20.12.95), p. 2101; Hanspeter Kuhn, Managed Care : Ja, wenn ..., Forum Sprechstunde, in press.

sur l'assurance traditionnelle, en responsabilisant les médecins. Mais c'est une tâche complexe car il sera très difficile de trouver les critères adéquats.

2. Les points négatifs

Le *Managed Care* véhicule donc d'intéressants concepts, mais aussi des risques qu'il ne faut surtout pas négliger : la désolidarisation et le rationnement des soins.

Désolidarisation ? En Suisse, un système de *Managed Care* est un groupe de risques à l'intérieur d'une caisse. La compensation des risques n'est pas effective, car elle se base uniquement sur l'âge et le sexe, et non sur l'état de santé des assurés. Apparemment, il y aurait beaucoup de personnes en bonne santé dans les HMO et beaucoup de personnes malades dans les réseaux "médecin de famille" (malades chroniques ayant des difficultés financières). Sans oublier que le médecin qui traite beaucoup de patients lourds apparaît dans la statistique des coûts comme un médecin cher; s'il est exclu d'un réseau, cela veut dire que ses patients lourds ne peuvent y entrer (car ils tiennent à leur médecin), ce qui n'est pas admissible.

Rationnement des soins ? Le problème des programmes de mesure de la qualité, c'est qu'ils coûtent très cher et que les critères importants ne sont quasiment pas vérifiables. En outre, il n'existe actuellement aucune statistique permettant véritablement de comparer les médecins entre eux. Alors comment sélectionner les médecins de premier recours ? En exigeant d'eux une certaine formation ? Aux Etats-Unis, le fait de devoir distinguer les "bons" médecins des "mauvais" a beaucoup plus divisé le corps médical que le *Managed Care* lui-même. Il faut trouver des critères objectifs.

"Afin d'éviter la prolifération sauvage de guides de pratique locaux, régionaux, propres à un hôpital, à une assurance ou à une administration et d'encourager la création de guides de pratique à l'échelle confédérale, la FMH a établi une liste de critères en vue de la reconnaissance et de l'unification des guides de pratique satisfaisant à de hautes exigences de qualité"[72].

Le rationnement guette également si on réduit le budget. "En essayant d'instaurer un budget global pour les soins ambulatoires, Ruth Dreifuss veut faire du *Managed Care* pour toute la population"[73].

[72] Voir Directive pour les guides de pratique médicale, BMS 80/14 (7.4.99), p. 831. Voir également *Les recommandations de pratique clinique*, Cahiers de l'Institut de droit de la santé, 1999, Cahier N°7.
[73] Hanspeter Kuhn, interview. A ce propos, le Comité central de la FMH a annoncé que "si un budget global pour les soins ambulatoires devait être inscrit dans la loi sous la forme prévue dans le projet, la FMH lancerait un référendum"; BMS 79/24 (10.6.98), p. 1111.

Pour la FMH, il est important que si un médecin sort du réseau, ses patients puissent en sortir en même temps. L'exclusion d'un médecin doit se baser sur des critères objectifs, être précédée d'un avertissement et pouvoir faire l'objet d'un recours.

En ce qui concerne la rémunération du médecin par un forfait par assuré, elle nécessite une réelle compensation des risques et elle droit concerner un groupe de médecins, et non un médecin individuel. Pour ce qui est de la participation au risque financier, il ne faut pas discuter du principe, mais de la proportion du salaire fixe et de la proportion de la gratification.

Et les caisses-maladie dans tout cela ? Dans les systèmes de *Managed Care*, la caisse a beaucoup moins de travail administratif car les médecins en prennent une partie en charge. Selon M. Kuhn, quand les caisses ont réalisé que cela entraînait la fin de l'assurance traditionnelle et l'affaiblissement de leur raison d'être, elles ont freiné leurs projets.

B. Les sociétés cantonales de médecine

Pour avoir l'opinion des sociétés cantonales de médecine, je leur ai envoyé un questionnaire. Sur les 24 sociétés cantonales, je remercie les 19 qui ont pris la peine de le remplir. Le taux de réponse a atteint 79 %.

5 sociétés se déclarent, d'une manière générale, favorables aux HMO et autres réseaux de santé (AI/AR, AG, GL, GR, OW/NW) et 5 s'y déclarent défavorables (NE, LU, UR, VS, ZH). L'Association des médecins genevois y est réticente[74], 5 sociétés cantonales n'ont pas d'opinion sur la question ou sont divisées (BE, FR, SG, VD, ZG) et les autres sont favorables aux modèles "médecin de famille" mais pas aux HMO (SH, SZ, TG).

Sur les 19 qui ont rempli le questionnaire, seules 3 (15,8 %) pensent que les réseaux permettent de réduire les coûts de la santé (AI/AR, AG; SZ : à part les HMO) ! 16 (84,2 %) sont d'avis qu'ils sont financièrement plus avantageux pour les assurés et 12 (63,2 %) qu'ils renforcent le rôle du médecin de premier recours, mais aucune ne pense qu'ils se préoccupent davantage de prévention. La Société médicale du canton du Jura a ajouté que les réseaux favorisent la concertation entre les membres du réseau, celle du canton d'Argovie qu'ils modifient le comportement des patients et celle du Valais qu'ils empêchent le tourisme médical.

[74] Jean-Marc Guinchard, Les médecins genevois et le système HMO : Oui, mais ..., Bulletin ASMAC 5/94, p. 37; Claude Aubert, Deux consignes simples, La lettre de l'AMG, Mai 1997/n°5, p. 1.

Quant aux points négatifs, 13 (68,4 %) sociétés cantonales estiment que les réseaux vont à l'encontre du principe de solidarité en attirant plutôt les bons risques, 9 (47,4 %) considèrent qu'ils créent des conflits entre médecins de premier recours et spécialistes et 8 (42,1 %) pensent qu'ils incitent les médecins à ne pas prescrire tous les soins nécessaires. De plus, la Société médicale du Valais regrette que l'information aux patients soit incomplète et celle du canton de Zurich est d'avis qu'ils servent seulement la publicité et le marketing des caisses-maladie.

En ce qui concerne la qualité des soins, 10 (52,6 %) sociétés médicales pensent qu'en général, les assurés d'un réseau sont traités de la même manière que dans l'assurance traditionnelle (AI/AR, AG, GR, JU, SH, SG, OW/NW, ZH; SZ et TG : à part les HMO), alors que 4 (21 %) sociétés pensent que les assurés du réseau sont moins bien traités (GL, LU, NE, VS).

8 (42,1 %) sociétés cantonales pensent que si les réseaux se généralisaient, les médecins n'y participant pas auraient moins de travail, alors que 4 (21 %) pensent qu'ils auraient toujours autant de travail. 15 (78,9 %) sociétés pensent qu'une généralisation des réseaux pourrait augmenter la bureaucratie et renforcer le pouvoir des assureurs, 14 (73,7 %) que cela pourrait accentuer le contrôle sur les médecins, 8 (42,1 %) que cela pourrait accentuer les tensions entre médecins et seulement 6 (31,6 %) que cela pourrait diminuer les coûts !

Parmi les différents modèles de réseaux, tous préfèrent le modèle "médecin de famille" (FR et GR : avec le modèle PPO); à part la Société vaudoise de médecine, qui n'a pas donné de préférence.

II. Les organisations de patients

A. La Fédération romande des consommateurs (FRC)

Lors de la procédure de consultation sur la LAMal, la FRC a encouragé l'introduction de ces nouvelles formes d'assurance car "elles contiennent, dans l'idéal, une approche de la médecine qui nous paraît très raisonnable, voire même exemplaire"[75].

Les primes d'assurance-maladie ont tellement augmenté ces dernières années que la FRC voit d'un bon œil tout ce qui peut les rendre supportables pour les ménages. Elle apprécie la volonté de la LAMal de "casser l'engrenage de l'irresponsabilité" : irresponsabilité des patients, qui estiment qu'ils ont le droit de consommer à outrance car ils ont payé une prime élevée, et irresponsabilité

[75] HMO & Co., J'achète mieux, 3.96, p. 25.

des médecins, qui n'ont aucun intérêt à limiter leurs actes, au contraire. La FRC encourage le changement de mentalité face à la consommation médicale introduit par ces nouvelles formes d'assurance, "à savoir que tout ce qui est inutile est de trop", et croit aux effets positifs de la concurrence[76].

Toutefois, elle estime qu'il est encore trop tôt pour dresser un bilan valable de ces assurances" et qu'elles comportent certains risques, notamment celui que les caisses se mêlent des traitements médicaux et contribuent à créer une médecine à deux vitesses. La réalisation de ces dérapages dépendra bien sûr des caisses et des milieux politiques, mais avant tout des médecins, qui "ont un rôle décisif à jouer".

La FRC souhaite que l'offre de réseaux s'élargisse suffisamment pour faire jouer la concurrence, car "ce sont les lois du marché qui règleront le compte des HMO ou qui en feront une alternative durable"[77].

B. L'Organisation suisse des patients (OSP) [78]

L'OSP est favorable aux réseaux de santé dans la mesure où ils permettent aux assurés de payer des primes moins élevées, mais elle émet d'importantes réserves.

D'abord quant aux conséquences financières, car ce sont avant tout les personnes en bonne santé qui ont intérêt à entrer dans un réseau, et cela risque de faire augmenter les primes des assurés traditionnels. Ensuite quant à la qualité des soins, car l'OFAS n'a fourni dans ce domaine qu'une maigre évaluation. Le patient doit pouvoir choisir une prime plus basse, mais cela doit être un vrai choix (et non une obligation à cause de sa situation financière), en connaissance de cause. Sinon, cela pourrait mener à une médecine à deux vitesses. Sans oublier la possible ingérence des assureurs dans les HMO.

III. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) [79]

Le but de l'évaluation des nouvelles formes d'assurance-maladie était d'avoir suffisamment d'éléments pour décider s'il fallait ou non introduire ces nouvelles formes d'assurance dans la LAMal. Pourtant, on les y a introduites bien que l'évaluation n'ait pas été terminée. Et ce pour deux raisons : comme contrepoids de l'obligation de s'assurer (on oblige chacun à s'assurer, mais il a le choix entre

[76] Op. cit. p. 25.
[77] Idem.
[78] Entretien téléphonique du 11 janvier 1999 avec Mme Babette Hünenberger, déléguée de l'OSP pour la Suisse romande.
[79] Kurswechsel im Gesundheitswesen, Gespräch mit Fritz Britt, Managed Care 2/98, p. 23; lettre du 12 juin 1998 de Mme Claudine Marcuard, Adjointe scientifique à la Division principale Assurance-maladie et accidents; Interview du 10 février 1999 de Mme Claudine Marcuard.

plusieurs formes d'assurance) et dans l'espoir d'une réduction des coûts de la santé.

Claudine Marcuard pense que le *Managed Care* va encore se développer dans notre pays. Un sondage a montré qu'il y avait moins d'oppositions dans la population et que les gens préféraient les réseaux souples aux HMO. Ce qui fait la différence, c'est si leur médecin fait partie du réseau ou non. Mais selon Mme Marcuard, peu de gens vont directement chez un spécialiste; le système du *gatekeeping* n'est donc pas très loin de la réalité.

Il existe déjà une "mosaïque de systèmes", chacun ayant ses particularités. Il est important que chaque réseau développe ses spécificités, afin que les modèles correspondent aux différentes réalités socioculturelles. Pour l'instant, il est donc nécessaire que la loi soit souple. Nous sommes dans une phase de développement et tous les modèles sont intéressants.

L'OFAS n'a pas de préférence pour les HMO ou pour les autres réseaux car ce qui est déterminant, ce n'est pas l'organisation formelle du réseau, mais sa philosophie et la coordination de la prise en charge. "Un réseau n'a de sens que s'il y a collaboration"[80]; non seulement avec les autres médecins du réseau, mais aussi avec les autres fournisseurs de prestations (Spitex, hôpitaux, homes, ...).

Pour Fritz Britt, Sous-directeur de la Division principale Assurance-maladie et accidents, le *Managed Care* n'a de sens que s'il n'apporte pas que des avantages financiers. Le but d'un système de *Managed Care* est toujours le changement du comportement des participants et "wenn keine Verhaltensänderung erreicht wird, so hat ein solches Modell seine Wirkung verfehlt"[81], ce dont les assureurs ne sont pas toujours conscients. Et pour que les systèmes de *Managed Care* fonctionnent, il faut une certaine concurrence; le consommateur doit avoir la possibilité de choisir le modèle qui correspond le mieux à ses besoins et à sa culture. C'est peut-être à cause de l'offre limitée que beaucoup de gens considèrent de tels modèles comme étant avant tout restrictifs.

La politique de l'OFAS en matière de réseaux de santé se résume ainsi : observation et évaluation. Il vérifie, dans le cadre de l'approbation des primes, que celles-ci soient conformes aux prescriptions légales et veille aux éventuels effets de désolidarisation ainsi qu'aux aspects qualitatifs de la prise en charge. Les moyens de contrôle de l'OFAS sont donc relativement restreints. D'autre part, le Département fédéral de l'Intérieur aurait décidé de poursuivre l'évaluation des nouvelles formes d'assurance-maladie (sauf franchises à option).

[80] Claudine Marcuard, interview.
[81] Fritz Britt, op. cit., p. 26.

Conscient du cruel manque de données paralysant la gestion du système de santé, l'OFAS travaille à l'établissement de nouvelles statistiques avec différents partenaires (caisses-maladie, Concordat des assureurs-maladie suisses, Office fédéral de la statistique, ...). Mais cela va prendre du temps, car cela pose de nombreux problèmes (uniformisation, codage, secret médical, transmission des données, ...) et les caisses sont très réticentes à fournir leurs chiffres.

Pour l'instant, la réduction maximale de la prime s'élève à 20 %. Les caisses-maladie doivent prouver, sur la base des résultats précédents, qu'avec 20 % de primes en moins elles couvrent les prestations de l'assurance obligatoire. Cette année, certaines caisses vont probablement demander à pouvoir octroyer plus de 20 % de réduction à leurs assurés. Il appartiendra alors à l'OFAS de vérifier que la réduction corresponde aux économies, toujours sur la base des résultats précédents et par rapport à un collectif comparable.

Pour M. Britt, l'évaluation des nouvelles formes d'assurance-maladie, qui a montré que les HMO pouvaient réaliser des économies d'environ 30 %, se basait sur des données plutôt faibles puisque concernant les années 91 à 94 (avant l'entrée en vigueur de la LAMal). Des chiffres plus récents des premières HMO révèlent qu'il est très difficile pour une HMO d'obtenir des économies de plus de 20 % quand son collectif d'assurés a une structure d'âge normale. En outre, depuis le début de 1998, les assureurs peuvent y supprimer la franchise et la participation aux frais ce qui, pour un assuré moyen, équivaut à une réduction supplémentaire de 10 %. La limite des 20 % ne vaut de toute façon que pour les 5 premières années (du réseau), et plus longtemps si l'on ne peut démontrer de plus grandes économies (art. 101 OAMal)[82].

Chapitre 4 : Les problèmes juridiques, sociaux et éthiques posés par les réseaux

Dans ce quatrième chapitre, je me suis contentée de poser les principaux problèmes et de les traiter sommairement, mais ils mériteraient chacun des recherches plus approfondies.

[82] Fritz Britt, op. cit. p. 23-24.

I. Les atteintes à la concurrence

A. La loi sur les cartels

1. Son application aux réseaux de santé

Si le cas d'un réseau de santé lui est soumis, la Commission de la concurrence va commencer par examiner si la loi sur les cartels (LCart)[83] peut s'appliquer à l'assurance-maladie sociale. En effet, l'art. 3 LCart, qui régit le rapport avec d'autres prescriptions légales, réserve les prescriptions qui, sur un marché, excluent de la concurrence certains biens ou services, notamment celles qui établissent un "régime de marché ou de prix de caractère étatique". Or, la LAMal a introduit une grande dose de concurrence sur le marché de l'assurance-maladie, mais l'Etat y est encore bien présent (à titre d'exemple : si les assureurs et les médecins n'arrivent pas à s'entendre pour fixer le tarif cantonal, il est imposé par le Conseil d'Etat). Cela permet-il d'y appliquer la loi sur les cartels ? Je pense que oui, car l'un des buts de la LAMal est de mettre les fournisseurs de prestations en concurrence, entre autres grâce aux réseaux de santé.

2. Les modalités d'application[84]

La loi sur les cartels pourrait s'appliquer à un accord horizontal (entre concurrents, c'est-à-dire entre assureurs) comme à un accord vertical (entre un assureur et des médecins), s'il modifie la concurrence entre médecins ou entre caisses. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les accords (réseaux) entre une ou plusieurs caisses-maladie et plusieurs médecins. Si un réseau est ouvert à tous les autres médecins, il n'y a pas de problème. Par contre, s'il est fermé (c'est-à-dire limité aux médecins qui en font déjà partie), il peut, dans certaines circonstances, fausser la concurrence.

Selon l'art. 5 LCart, un accord est illicite s'il affecte de manière notable la concurrence et qu'il n'est pas justifié par des motifs d'efficacité économique ou s'il conduit à la suppression d'une concurrence efficace. Les pratiques d'une entreprise ayant une position dominante sont illicites si elle abuse de sa position et entrave ainsi l'accès d'autres entreprises à la concurrence ou son exercice ou si elle désavantage les partenaires commerciaux (art. 7 al. 1 LCart).

[83] Loi fédérale sur les cartels et autres restrictions à la concurrence du 6 octobre 1995, RS 251.

[84] Interview du 11 mars 1999 de M. Gautschi, Secrétariat de la Commission de la concurrence.

Pour savoir si un réseau a une position dominante, il faut regarder quelles sont ses parts de marché[85] (sur le marché des réseaux) et quelles sont les barrières qui pourraient rendre difficile l'entrée de nouveaux assureurs sur ce marché; en l'occurrence, ces barrières sont très faibles car la LAMal assure le libre passage, ce qui fait que les parts de marché peuvent très vite changer. Un réseau aura donc plus de peine à obtenir une position dominante. Pour savoir si le réseau affecte de manière notable la concurrence, il faut voir le nombre d'assurés qui y sont affiliés.

Selon M. Gautschi, du Secrétariat de la Commission de la concurrence, si le réseau a une position dominante sur le marché, il ne peut pas être complètement fermé ! Cela serait illicite. Un réseau dominant doit sélectionner les médecins en se basant sur des critères objectifs et accepter l'adhésion de tous ceux qui les remplissent. De plus, il doit être justifié par des motifs d'efficacité économique (art. 5 al. 2 LCart). Le réseau pourrait par exemple poser comme condition que le médecin ait une certaine formation, ou qu'il accepte de participer à des cercles de qualité ou d'être payé par capitation; et si le médecin remplit ces critères, il a le droit d'entrer dans le réseau.

3. Un exemple

Le réseau des médecins internistes et généralistes genevois (RMIGG)[86], fondé en 1996, était ouvert à tous les médecins remplissant les conditions posées dans la convention passée avec les caisses.

La convention exigeait que les médecins du réseau exercent "à titre indépendant", mais elle ne précisait pas cette notion. Or, quatre médecins se sont vu refuser l'accès au réseau par le Conseil paritaire parce qu'ils travaillaient vingt-quatre heures par semaine à la permanence d'un hôpital. Le Conseil paritaire estimait qu'une telle activité était incompatible avec la notion de médecin indépendant et qu'elle ne permettait pas d'établir un profil des coûts propres et induits pour chaque médecin.

Ces quatre médecins ont alors saisi la Cour de justice d'une requête en mesures provisionnelles dirigée contre le RMIGG et les deux caisses-maladie participant au réseau, demandant à la Cour d'ordonner leur inscription provisoire sur la liste des médecins de premier recours. Estimant subir une entrave illicite dans l'exercice de la concurrence et être victimes de dénigrement, ils ont fondé leur requête sur la loi sur les cartels et la loi sur la concurrence déloyale.

[85] Le marché de l'assurance-maladie est en principe cantonal.

[86] Ce réseau s'appelle maintenant Optimed / Primamed.

Les requérants ont rendu vraisemblable que le refus de leur adhésion au réseau constituait une restriction illicite à la concurrence. En effet, cela pouvait leur faire perdre des clients, ce qui constituait un préjudice difficilement réparable, et la Cour ne pouvait pas considérer que l'interprétation par le Conseil paritaire de la notion de médecin indépendant relevait de motifs d'efficacité économique, cette entrave à la concurrence n'étant d'ailleurs pas justifiée par des intérêts prédominants. La Cour de justice a donc ordonné au RMIGG d'inscrire provisoirement les requérants sur la liste des médecins de premier recours du réseau[87].

Selon M. Gautschi, la Cour a omis d'examiner si le réseau avait une position dominante sur le marché. La Commission de la concurrence, elle, aurait étudié ce point. Toujours est-il que je n'arrive pas à trouver la signification de cette décision. Signifie-t-elle que le critère de sélection des médecins tel que défini par la Commission paritaire n'était pas objectif, ou alors signifie-t-elle simplement que la notion de "pratique indépendante" aurait dû être définie par la convention elle-même ?

B. Jurisprudence : le cas Nova light

1. Swica Gesundheitsorganisation contre la société de médecine du canton de Zurich [88]

Le 27 novembre 1997, Swica a requis auprès de la Commission de la concurrence des mesures provisionnelles contre la Société de médecine du canton de Zurich (AGZ). Elle a demandé à la Commission d'interdire à l'AGZ d'encourager ses membres à inciter leurs patients à boycotter la Swica ou son assurance Nova light, d'inciter elle-même les assurés à boycotter la Swica ou Nova light et d'encourager ses membres à employer des moyens de droit contre Swica ou Nova light.

La Commission de la concurrence a estimé qu'il était vraisemblable que la campagne de boycott de l'AGZ ait affecté la concurrence de manière notable et ne soit pas justifiée par des motifs d'efficacité économique et que l'AGZ ait abusé de sa position dominante. En outre, la Commission a considéré qu'il était inadmissible d'empêcher des contrats spéciaux entre caisses-maladie et médecins alors que la LAMal cherchait au contraire à les promouvoir, afin de stimuler la concurrence. Elle a donc admis la vraisemblance d'une restriction illicite à la concurrence.

[87] Ordonnance de la Cour de justice du 28 février 1997 dans la cause Duruz, Cerruti, Praplan et Meier contre le RMIGG (...), Cosama et Intras.

[88] RPW/DPC 1998/1 p. 32.

Ayant estimé que les autres conditions étaient remplies, la Commission de la concurrence a pris les mesures provisionnelles suivantes : elle a interdit à l'AGZ d'appeler à nouveau ses membres à faire enlever leur nom de la liste et lui a ordonné de leur communiquer dans les trente jours le contenu de la décision et de leur signaler que l'appel du 10 novembre 1997 les encourageant à faire biffer leur nom était vraisemblablement contraire au droit de la concurrence. Swica a donc partiellement eu gain de cause.

2. L'Association des médecins du canton de Genève contre Swica Gesundheitsorganisation

L'AMG ainsi que deux médecins genevois ont déposé deux demandes le 10 octobre 1997 : l'une auprès de la Cour de justice genevoise (pour obtenir des mesures provisionnelles), l'autre auprès du Tribunal de première instance. Ces deux requêtes avaient le même but : interdire à Swica de faire circuler une liste de médecins pratiquant dans le canton de Genève avec la mention "Nova light Swica - liste des médecins du canton de Genève" et le commentaire "Quand j'ai besoin du service d'un médecin, je choisis mon médecin dans la liste suivante" ou toute autre mention portant discrédit aux médecins ne figurant pas sur la liste, ainsi qu'à interdire à Swica de mentionner l'existence d'une telle liste.

Les deux requêtes avaient donc des conclusions identiques, mais la première invoquait une violation de la loi sur la concurrence déloyale (aucun médecin interniste ni généraliste des Pâquis ne figurait sur la liste, selon l'AMG pour ne pas concurrencer la HMO de Swica se situant dans ce quartier) et la deuxième une violation des droits de la personnalité ainsi qu'une violation de la loi sur la protection des données (les médecins choisis n'ont pas donné leur consentement).

2.1 L'ordonnance de la Cour de justice du 13 octobre 1997

Vu notamment les art. 2, 3 lit. a, 12 al. 1 et 14 LCD, la Cour a estimé que les requérants avaient rendu vraisemblable que Swica usait de moyens contraires à la bonne foi dans la concurrence économique et qu'ils étaient menacés d'un dommage difficilement réparable que seules des mesures provisionnelles pouvaient prévenir.

La Cour a donc pris les mesures préprovisionnelles suivantes : elle a interdit à Swica de faire circuler en Suisse, par voie postale ou par médias écrits ou électroniques ou de toute autre manière, une liste de médecins pratiquant dans le canton de Genève portant la mention "Nova light Swica - liste des médecins du canton de Genève" et le commentaire "Quand j'ai besoin du service d'un médecin, je choisis mon médecin dans la liste suivante" ou de toute autre mention analogue faisant apparaître les absents de la liste comme étant des médecins ne respectant pas les principes d'économie de traitement et n'offrant pas de garanties de qualité suffisantes. Ces mesures, destinées à subsister jusqu'à nouvelle décision sur mesures provisionnelles, ont été annulées par l'ordonnance de la Cour de justice du 7 novembre 1997, dans laquelle la Cour s'est déclarée incompétente quant au lieu.

2.2 L'ordonnance du Tribunal de première instance du 12 novembre 1997

Les requérants invoquaient d'une part une violation de l'art. 28 du Code civil (CC) (ils considéraient que les médecins ne figurant pas sur la liste étaient présentés au public comme trop chers ou mauvais, ce qui constituait une atteinte à leur personnalité) et d'autre part une violation de la loi sur la protection des données (LPD) consistant dans l'élaboration de dossiers sur les médecins genevois sans leur accord.

Suite à l'ordonnance de la Cour de justice du 13 octobre 1997, Swica avait établi une nouvelle liste de médecins en y indiquant que "cette liste [n'entendait] pas être une recommandation de qualité [et] qu'elle [n'exprimait] rien sur l'économicité objective des fournisseurs de prestations qui n'y [figuraient] pas". L'atteinte dont se plaignaient les médecins qui ne figuraient pas sur la liste de Swica ne paraissait donc plus actuelle, pas plus qu'elle ne semblait *prima facie* illicite, puisque l'art. 41 al. 4 LAMal permettait à l'assuré de "limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses". La requête a donc été rejetée.

II. Le devoir d'information

A. Le devoir d'information du médecin

Un médecin payé par capitation ou participant au risque financier d'un réseau doit-il en informer ses patients ? On peut se poser la question. En effet, la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant le devoir d'information du médecin a beaucoup évolué depuis vingt ans, élargissant ainsi la responsabilité contractuelle du médecin (ATF 105 II 284, 108 II 62, 114 Ia 358, 116 II 521, 117 Ib 197, 119 II 460).

En résumé : comme tout mandataire[89], le médecin assume un devoir d'information envers son patient. Il doit non seulement lui fournir une

[89] Le contrat de mandat est régi par les articles 394 ss CO.

"information simple, intelligible et loyale concernant le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique"[90], mais il est également tenu de lui communiquer les "données spécifiquement économiques"[91]. Avant une intervention médicale, le médecin doit donner à son patient une information "objective et complète (...) quant à la nature et aux conséquences de l'intervention"[92]; s'il a ou doit avoir un doute quant au remboursement de l'opération par les caisses-maladie, il doit en faire part à son patient. Si le médecin ne remplit pas complètement son devoir d'information, il risque de devoir prendre en charge l'intervention ou ses conséquences.

Selon le Prof. Guillod, le médecin doit donner à chaque patient "tous les éléments de nature à influencer [sa] décision", et pas seulement ceux qui sont "propres à changer l'avis du patient. (...) Il suffit que le renseignement soit pris en considération par le patient dans sa pesée d'intérêts globale, même s'il ne modifie finalement pas à lui seul la décision"[93].

Comme un médecin qui participe au risque financier est incité à prescrire moins, il est placé dans un conflit d'intérêts : son intérêt financier d'un côté et de l'autre l'intérêt de son patient à être bien soigné. Bien que la jurisprudence du Tribunal fédéral sur le devoir d'informer en matière économique ne concerne explicitement que le remboursement d'un traitement, d'une intervention ou des honoraires par la caisse-maladie, le Prof. Guillod déduit de l'ATF 119 II 456 que le médecin doit "informer clairement" son patient "de l'existence de telles incitations financières"[94].

Cette interprétation de la jurisprudence fédérale est séduisante, mais elle me paraît un peu extensive. Comme le Tribunal fédéral rappelle qu'"il appartient au mandataire de sauvegarder les intérêts légitimes du mandant"[95], l'on pourrait éventuellement soutenir qu'un intérêt légitime du patient est de savoir que son médecin peut augmenter son revenu en diminuant le coût de la prise en charge de ses patients. Mais même si on admettait que cette obligation faisait partie du devoir d'information du médecin, quelles seraient les conséquences de sa violation ? On ne peut tout de même pas faire passer les risques de tous les traitements et toutes les interventions au médecin simplement parce qu'il n'a pas dit à ses patients qu'il participait au risque financier ! Cela serait disproportionné.

---

[90] ATF 105 II 288.
[91] JT 1991 I 637.
[92] ATF 114 Ia 358.
[93] Op. cit. p. 129.
[94] Olivier Guillod, Les réseaux de santé : une panacée ?, Hôpital Suisse 2/98, p. 24.
[95] ATF 119 II 460 cons. 2 d).

B. Le devoir d'information de l'assureur

Par contre, il est évident que les assurés doivent savoir si leur médecin participe au risque financier. A mon avis, ce n'est pas au médecin de le leur dire, mais à l'assureur. Car ce n'est pas au moment de choisir un médecin ou d'accepter un traitement qu'ils vont tenir compte de cette information, mais plutôt au moment de choisir entre le réseau de santé et l'assurance traditionnelle. Elle devrait donc figurer dans le contrat d'assurance ! Si elle n'y est pas et que l'assuré ne serait pas entré dans le réseau s'il avait su que les médecins du réseau participaient au risque financier, il y a erreur essentielle (art. 24 CO) et l'assuré a un an pour invalider le contrat à partir du moment où il découvre son erreur (art. 31 al. 1 CO).

Mais si le contrat est invalidé, il devient caduc avec effet rétroactif, ce qui n'est pas concevable pour l'assurance-maladie sociale. A mon avis, à la place d'invalider le contrat, l'assuré pourrait exiger son transfert immédiat dans l'assurance traditionnelle du même assureur. Si l'assureur introduit la participation du médecin au risque financier après l'entrée de l'assuré dans le réseau, il doit l'en informer et cela devrait être un motif de résiliation du contrat d'assurance au même titre qu'une augmentation de prime.

C. Les "gag clauses" [96]

Aux Etats-Unis, les compagnies d'assurance intègrent dans leurs contrats avec les médecins des clauses qui empêchent ces derniers de donner certaines informations à leurs patients. Certaines HMO interdisent aux médecins de parler à leurs patients des traitements ou des praticiens qui ne sont pas pris en charge par leur assurance, de discuter avec eux des incitations financières qui les poussent à prescrire moins et de critiquer la HMO devant eux. De telles clauses, qui visent à empêcher les médecins de dire aux patients tout ce qui pourrait les amener à ne pas faire confiance au plan, même si cela signifie leur cacher des options thérapeutiques qui pourraient les intéresser, ont été jugées contraires à l'éthique par l'Association médicale américaine (AMA).

En Suisse, ces clauses de confidentialité porteraient atteinte à une obligation contractuelle du médecin (son devoir d'information), mais cela ne suffit pas à les rendre illicites. Par contre, on peut soutenir qu'elles seraient contraires aux bonnes mœurs, c'est-à-dire aux "notions morales de base, communes à tous les éléments sains de la population et qui équivalent au minimum de moralité

---

[96] Des médecins américains refusent la loi du silence, Médecine et Hygiène, 7 février 1996, p. 257; L'AMA déclare la guerre aux contrats de *Managed Care*, Médecine et Hygiène, 6 mars 1996, p. 465.

devant être observé dans la vie sociale, ici et maintenant"[97]. En effet, si l'on pense que de telles clauses choqueraient la plupart des gens (dans la région concernée) s'ils en avaient connaissance, l'on peut considérer qu'elles seraient immorales; elles n'auraient donc aucune validité dans notre pays (art. 20 CO). Ce sont toutefois uniquement les clauses qui seraient nulles, et non le contrat tout entier, car l'on peut supposer que le contrat aurait aussi été conclu sans elles (art. 20 al. 2 CO).

III. Le secret médical dans les réseaux de santé [98]

A. Les cercles de qualité

Quand les médecins d'un réseau se réunissent, ils discutent notamment de cas concrets qu'ils rencontrent dans leur pratique. Dans certains réseaux, ils s'engagent même à partager avec les autres médecins les informations concernant le diagnostic, les résultats d'examens et les coûts des traitements de leurs patients.

Si le médecin traitant du patient dont il s'agit donne à ses collègues des éléments qui leur permettent de savoir de qui il s'agit, le médecin viole le secret médical. Comme ce sont des médecins à qui il a transmis des informations, ils sont tous tenus au secret médical. L'information ne devrait donc pas aller plus loin, mais le médecin est susceptible d'être poursuivi par le patient. Les médecins du réseau ne peuvent donc communiquer que des données anonymes à leurs collègues. A moins que le patient, qui est le maître du secret, ait autorisé son médecin à transmettre des données à ses collègues du réseau; mais pour que cette autorisation soit valable, "un minimum de précision est nécessaire quant aux informations communicables et aux destinataires de la communication"[99].

La convention du réseau Qualimed vaudois prévoit par exemple qu'avec l'affiliation au réseau, "les assurés (...) déclarent accorder aux médecins du réseau de soins le droit de consulter les données de traitement et de facturation de leur prise en charge médicale". L'on peut toutefois sérieusement douter de la

[97] Pierre Engel, Traité des obligations en droit suisse, Dispositions générales du CO, 2e édition, Editions Stämpfli, Berne, 1997, p. 283.

[98] Sur le secret médical en général, voir: Voir Olivier Guillod, Le secret médical aujourd'hui, Le secret - Ethique, transparence et confidentialité, Cahiers Erié, 1996, Lausanne, p. 51; Olivier Guillod, Les droits et les devoirs des patients, Manuel de droit de santé publique, VESKA, 1993, p. 86; Karin Keller, Das ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB, Ed. Schulthess, Zurich, p. 141; Heinrich Honsell, Handbuch des Arztrechts, Ed. Schulthess, Zurich, 1994, p. 349; Marc-Antoine Schaffner, L'autorisation de révéler un secret professionnel, Thèse, Université de Lausanne, 1952, p. 34.

[99] Olivier Guillod, Les droits et les devoirs des patients, Manuel de droit de la santé publique, VESKA, 1993, p. 86.

validité de cette clause, car elle est extrêmement large : elle permet à tous les médecins du réseau de consulter toutes les informations médicales pendant toute la durée de l'affiliation au réseau. L'on peut considérer qu'il s'agit d'un engagement excessif de la part du patient, donc d'une violation de l'art. 27 al. 2 CC, qui protège les droits de la personnalité : "nicht mit Art. 27 ZGB vereinbar wäre somit vor allem ein genereller Verzicht auf das Arztgeheimnis für die Zukunft, denn seine Tragweite wäre unvorhersehbar"[100]. "Es ginge (...) zu weit, wenn [der Patient] den Arzt dazu ermächtigen würde, jede Anfrage über seinen Gesundheitszustand zu beantworten oder auch einer bestimmten Einzelperson für alle Zukunft darüber Auskunft zu erteilen"[101]. Si l'on admet que cette clause de la convention Qualimed tombe sous le coup de l'art. 27 CC, cela signifie qu'elle est nulle et n'a donc aucun effet juridique[102].

B. Le changement de médecin de premier recours

Dans les réseaux CareMed, les patients autorisent contractuellement leur médecin à transmettre leur dossier à leur nouveau médecin de premier recours. Mais même si ce n'est pas prévu par le contrat, on peut penser que le consentement du patient est implicite étant donné le fonctionnement du réseau. D'ailleurs, il est admis que quand le patient est d'accord que son généraliste l'envoie chez un spécialiste, il consent implicitement à l'envoi du dossier.

C. La concertation

Dans les HMO et dans certains réseaux, les médecins discutent entre eux de l'opportunité de certains actes médicaux ainsi que des hospitalisations. Si les médecins connaissent l'identité des patients - ce qui est probablement le cas - le médecin traitant a violé le secret médical.

Dans un hôpital, on admet que le patient consent tacitement à ce que les informations nécessaires soient transmises à l'équipe soignante, qui en a besoin pour faire son travail. Mais les autres soignants n'ont aucune légitimation à recevoir des informations ! Le secret médical est donc très souvent violé dans les hôpitaux, car le personnel considère qu'il peut parler à l'intérieur de l'hôpital mais que personne ne peut rien dire à l'extérieur. Le même problème se pose donc dans les HMO, à moins qu'elles ne demandent son consentement au patient.

[100] Karin Keller, Das ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB, Ed. Schulthess, Zurich, p. 141.

[101] Heinrich Honsell, Handbuch des Arztrechts, Ed. Schulthess, Zurich, 1994, p. 349.

[102] Karin Keller, op. cit, p. 141; Marc-Antoine Schaffner, L'autorisation de révéler un secret professionnel, Thèse, Université de Lausanne, 1952, p. 34.

D. La transmission des données aux assureurs

Cette opération pose problème dans les réseaux comme dans l'assurance traditionnelle. Toutefois, pour un réseau, l'assureur va vouloir plus de données afin de pouvoir l'évaluer et le diriger correctement en fonction des résultats.

Dans le réseau Cosama vaudois, "les médecins de premier recours s'engagent à fournir au Conseil médical[103] toutes les indications utiles aux statistiques établies par les assureurs aux fins d'évaluation du système. Le Conseil médical ne transmettra au Conseil paritaire[104] que les informations nécessaires au fonctionnement du réseau et sera le garant du respect du secret médical".

Les médecins sont de toute façon tenus par la loi de donner un minimum d'informations aux assureurs, qui en ont besoin pour diriger leurs caisses. La LAMal a prévu que "le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation" (art. 42 al. 3 LAMal). De plus, "l'assureur peut exiger un diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical" (art. 42 al. 4 LAMal). Toutefois, "le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur" (art. 42 al. 5 LAMal). L'OAMal précise que les factures des fournisseurs de prestations doivent indiquer les dates des traitement, les prestations fournies et le diagnostic. Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent fixer dans les conventions tarifaires quelles informations ne doivent être transmises qu'au médecin-conseil de la caisse (art. 59 OAMal).

Toutes les personnes qui ont eu connaissance de ces données dans l'exercice de leur profession ont un devoir de discrétion en vertu de l'art. 35 de la loi sur la protection des données (LPD)[105]. En ce qui concerne plus spécifiquement les "personnes chargées de gérer, de contrôler ou de surveiller la pratique de l'assurance-maladie sociale", elles ont l'obligation de garder le secret mais le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions, si aucun intérêt privé digne d'être protégé ne s'y oppose (art. 83 LAMal). Quant aux caisses-maladie, "plusieurs

[103] Il s'agit des trois médecins délégués au Conseil paritaire.

[104] Il est formé de trois représentants des médecins et de trois représentants des assureurs.

[105] Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992, entrée en vigueur le 1er juillet 1993; RS 235.1.

exemples nous montrent [qu'elles] sont capables d'utiliser les données à leur disposition pour faire (...) de la sélection des risques"[106] !

IV. L'approbation des conventions tarifaires

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les fédérations n'ont plus le monopole de la conclusion de conventions tarifaires : tout fournisseur de prestations ou groupe de fournisseurs peut prévoir un tarif particulier avec une ou plusieurs caisses-maladie (art. 46 al. 1 LAMal). A son alinéa 4, le même article dit que "la convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie".

Quand un réseau de santé adopte un tarif différent du tarif cantonal en vigueur (conclu par la fédération cantonale des assureurs et la société cantonale de médecine ou imposé par le Conseil d'Etat si les partenaires n'ont pas réussi à se mettre d'accord), il ne le fixe pas dans une convention tarifaire au sens strict, mais l'inclut plutôt dans la convention passée en général entre les assureurs et les médecins participant au réseau.

Les conventions qui prévoient ces tarifs particuliers (tarif au temps, tarif forfaitaire ou tarif cantonal avec une autre valeur du point) doivent-elles être considérées comme des conventions tarifaires et donc être approuvées par le gouvernement du canton concerné ? Tout le monde ne répond pas de la même manière à cette question.

Selon Claudine Marcuard (OFAS)[107], Elisabeth Hirsch (Service de la Santé publique du canton de Neuchâtel)[108] et Roland Zimmermann (Service de l'Assurance-maladie du canton de Neuchâtel)[109], les conventions de réseau qui instituent un tarif particulier devraient être soumises à l'approbation du gouvernement cantonal. Dans le canton de Vaud, les trois conventions de réseaux qui modifient la rémunération des médecins ont été approuvées par le Conseil d'Etat le 5 mars 1997. Dans le canton de Fribourg[110], la convention du réseau Avenir, qui prévoit un tarif basé sur le temps, n'a pas été soumise à

[106] Les coûts de la santé : Des choix à faire, des valeurs à préserver, Fondation Louis-Jeantet de médecine, 1998, Genève, p. 95.

[107] Interview du 10 février 1999 de Mme Claudine Marcuard.

[108] Interview du 22 mars 1999 de Mme Elisabeth Hirsch.

[109] Interview du 24 février 1999 de M. Roland Zimmermann.

[110] Entretiens téléphoniques du 29 mars et du 5 mai 1999 avec Mme Aebischer, Département de la Santé publique.

l'approbation du Conseil d'Etat. L'assureur ne l'a pas envoyée aux autorités et ces dernières ont estimé, *a priori*, qu'il ne s'agissait pas d'une convention tarifaire au sens strict et qu'elle n'avait donc pas besoin de l'aval du gouvernement. Toutefois, après avoir étudié cette question de plus près, les autorités considèrent que cette convention aurait dû être soumise au Conseil d'Etat pour approbation[111]. Enfin, dans le canton de Genève[112], les autorités s'intéressent seulement aux accords globaux qui ont une portée générale. Les conventions particulières ne sont donc pas soumises au Conseil d'Etat.

La convention du réseau Cosama, la seule à prévoir un tarif spécial (il modifie la valeur du point du tarif cantonal pour favoriser les actes intellectuels au détriment des actes techniques), a été envoyée aux autorités pour information.

L'art. 46 al. 4 LAMal me paraît clair : toute convention tarifaire doit être approuvée par le Conseil d'Etat. Peu importe que le tarif soit prévu par une convention de réseau (passée entre la caisse et les médecins) ou même un contrat (conclu entre la caisse et un médecin); ce qui est déterminant, c'est que les parties modifient la rémunération du médecin. Le document, quel qu'il soit, qui contient cette modification, doit à mon sens être soumis au gouvernement cantonal pour que ce dernier vérifie que le tarif prévu est conforme à la loi et à l'équité et satisfait au principe d'économie. Le contraire irait à l'encontre de l'esprit et du but de la disposition et de la loi. On ne peut concevoir qu'un tarif échappe à cette réglementation simplement parce qu'il n'est pas fixé par une convention tarifaire au sens strict.

D'ailleurs, l'art. 43 LAMal, qui permet maintenant d'adopter d'autres tarifs que le paiement à l'acte, dit que "les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire)" (al. 4). Cela signifie bien que tout tarif fait l'objet d'une convention tarifaire ! Quelle que soit la forme du document qui le fixe.

Le réseau qui modifie la rémunération du médecin doit donc soumettre son tarif au Conseil d'Etat, même s'il ne fait que modifier la valeur du point appliquée au tarif cantonal en vigueur. En effet, il est prévu d'introduire une structure tarifaire uniforme en Suisse (art. 43 al. 5 LAMal), mais il appartiendra aux fédérations cantonales de conclure une convention tarifaire pour fixer la valeur du point dans chaque canton. Cela prouve bien que la structure tarifaire n'est pas le seul élément d'un tarif; la valeur du point est également importante et doit être contrôlée par le gouvernement cantonal.

111 Entretien téléphonique du 10 mai 1999 avec M. Zurich.

112 Entretien téléphonique du 29 mars 1999 avec M. Longchamp, Ex-Secrétaire général du Département en charge de la santé.

Mais si une convention qui fixe un tarif spécial n'a pas été approuvée par le Conseil d'Etat, quelles en sont les conséquences ? Le tarif est-il nul, annulable ou valable ? Dire qu'il est nul serait excessif et poserait de gros problèmes pratiques, surtout s'il est appliqué depuis un certain temps. Dire qu'il est valable, ce serait permettre aux assureurs de violer la loi impunément. Par contre, on pourrait imaginer qu'il est annulable, mais de préférence *ex nunc* (sans effet rétroactif).

V. La fixation de la prime en fonction du domicile [113]

L'art. 61 LAMal pose les principes qui s'appliquent à la fixation des primes de l'assurance de base : "l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés", mais il peut "échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant".

Or, dans le descriptif de ses produits, la caisse Helsana indique que les primes payées pour ses HMO ainsi que pour le réseau Wintimed ne sont pas calculées en fonction du domicile de l'assuré (*Wohnortprämie*), mais en fonction du lieu où se trouve la HMO ou le réseau (*Standortprämie*). Selon M. Widmer[114], l'OFAS a admis uniquement une réduction de la prime de l'assurance de base du domicile de l'assuré ! Helsana n'aurait donc pas le droit de réduire la prime de l'assurance du lieu où se trouve le réseau, puisque l'OFAS, qui est l'autorité d'approbation des primes, ne l'y a pas autorisée.

M. Widmer précise toutefois qu'il y a deux courants au sein de l'OFAS : les uns préconisent une application stricte de la loi (fixer la prime en fonction du domicile même si l'assuré fait partie d'un réseau qui se trouve dans une autre région ou un autre canton) et les autres souhaitent qu'on puisse déroger à ce principe sur la base de l'égalité de traitement (cela pourrait être prévu dans une ordonnance), pour éviter que deux personnes fréquentant le même réseau, donc bénéficiant de prestations identiques, ne paient pas la même prime juste parce qu'elles n'habitent pas au même endroit.

Mais pour l'instant, la loi semble claire : "le lieu de résidence de l'assuré est déterminant". On pourrait à la limite se demander si le législateur n'a pas oublié de prendre en compte le cas des réseaux auxquels peuvent participer des assurés qui n'habitent pas au même endroit. Si on admet que le législateur aurait prévu des exceptions s'il avait envisagé toutes les possibilités (on le déduirait de

113 Le mot domicile est utilisé ici dans le sens de "résidence" selon la LAMal.

114 Entretien téléphonique du 6 mai 1999 avec M. Widmer, OFAS.

l'esprit de la loi), on pourrait songer à ne pas appliquer le principe de manière stricte.

Mais je ne pense pas que ce soit le cas, car la loi tient beaucoup au principe de solidarité. Les primes ne sont pas fixées en fonction des coûts causés par l'assuré, mais en fonction de ceux engendrés par la population d'un canton ou d'une région. Il n'y a pas que la consommation qui est prise en compte, mais également toute l'infrastructure, notamment hospitalière. En effet, l'assuré ne peut en principe être hospitalisé que dans le canton où il réside (art. 41 al. 1 *in fine*). De plus, l'assuré peut faire appel aux fournisseurs de prestations de son lieu de résidence comme de son lieu de travail ou des environs (art. 41 al. 1 LAMal) pour les soins ambulatoires. Les assurés qui se font soigner dans la région où ils travaillent ne paient pas la même prime que ceux qui y habitent, même s'ils consultent les mêmes médecins. On se trouve alors exactement dans la même situation que pour les assurés d'un réseau, et cette situation a été envisagée par la LAMal (à l'art. 41). A mon sens, on ne peut donc pas soutenir une dérogation au principe de fixation de la prime selon le lieu de résidence en invoquant une inégalité de traitement.

VI. La sélection des risques

A. Les réseaux de santé attirent les bons risques

1. La sélection spontanée

1.1 Les trois premières HMO [115]

Dans le rapport de synthèse, les auteurs de l'évaluation ont constaté, en analysant les changements d'assurance, que les HMO étaient plutôt choisies par les bons risques. Pendant l'année qui a précédé l'affiliation à la HMO, les coûts des futurs assurés HMO âgés de 21 à 40 ans[116] n'atteignaient en moyenne que 60 % des coûts des assurés traditionnels. Ce sont donc des gens qui coûtaient déjà moins cher avant d'entrer dans la HMO, même par rapport à leur propre groupe de risques. De plus, les assurés qui ont démissionné d'une HMO parce qu'ils étaient mécontents présentaient une structure de risques moins favorable que la moyenne des membres.

[115] Rita Baur / Wolfgang Hunger / Klaus Kämpf / Johannes Stock (Prognos SA), Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie, Rapport de synthèse, OFAS, 1998, p. 49.
[116] Il s'agit des assurés qui ont adhéré à une HMO en 1993 ou en 1994.

1.2 La HMO de l'université de Genève [117]

Selon les auteurs de son évaluation, un phénomène d'auto-sélection s'est produit au moment de la transformation de l'assurance collective en HMO. En effet, les personnes qui ont démissionné à ce moment-là avaient occasionné, au cours de l'année précédente, 39 % de dépenses de plus que ceux qui y sont restés, tout en se considérant en meilleure santé que les affiliés au Plan.

D'après Thomas Perneger et Jean-François Etter, "la sélection peut [donc] être considérée comme à la fois favorable (si l'utilisation passée des services de santé prédit l'utilisation future) et défavorable (si un mauvais état de santé prédit le recours aux soins) au Plan de santé"[118]. Elle s'est aussi opérée en fonction de variables socio-économiques : les étrangers, les personnes résidant depuis peu à Genève et les personnes à moindre revenu ont été plus nombreux à adhérer à la HMO.

1.3 Les réseaux CareMed [119]

Pour savoir si les différences de coûts observées entre les assurés de certains réseaux et des collectifs traditionnels résultent d'économies effectives ou de la sélection des assurés, la caisse Helsana a cherché à savoir si les assurés d'un réseau avaient généré moins de coûts durant l'année précédant leur affiliation au réseau que les assurés restés dans l'assurance traditionnelle. Pour cela, elle a comparé les coûts 1996 de 18'500 assurés des 9 réseaux CareMed argoviens (qui ont démarré le 1er janvier 1997) avec ceux de 135'000 assurés des mêmes caisses restés dans l'assurance traditionnelle, en tenant compte des structures d'âge et de sexe.

Cette analyse a montré que l'année précédant leur entrée dans le réseau, les assurés CareMed avaient coûté en moyenne 14 % de moins[120] que les assurés restés dans l'assurance traditionnelle[121]. On trouve la plus grande différence dans le secteur hospitalier stationnaire (moins 30 %), mais les coûts des spécialistes et des prestations hospitalières ambulatoires étaient également moins élevés.

[117] Thomas V. Perneger / Jean-François Etter / Béatrice Schaad, Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève, IMSP, Université de Genève, Etudes et Recherches 6/1995, p. 12.
[118] Thomas V. Perneger / Jean-François Etter, Impact des HMO sur les coûts et la qualité des soins, Revue médicale de la Suisse romande 115 (1995), p. 972.
[119] Andreas Weber / Giacomo Cottini, *Hausarzt*modelle: Kostenvorteil dank Risikoselektion, Managed Care 1/98, p. 14.
[120] Selon les réseaux, entre 9 et 18 % de moins.
[121] Si on exclut les patients qui coûtent plus de 20'000 fr. par an, la différence de coûts s'élève à 11 % au lieu de 14 %.

Contrairement aux HMO, dans lesquelles on trouve plus de personnes âgées de 20 à 40 ans que dans l'assurance traditionnelle, les réseaux observés connaissent presque tous une sous-représentation de cette classe d'âge et une sur-représentation des personnes de plus de 60 ans. L'étude semble montrer que ce ne sont pas forcément des jeunes qui entrent dans un réseau, mais plutôt des personnes en bonne santé ainsi que des assurés qui utilisaient déjà leur généraliste comme médecin de premier recours. En effet, l'année précédant leur entrée dans le réseau, les assurés CareMed ont coûté 10 % plus cher en médecine générale que les assurés restés dans l'assurance traditionnelle[122].

Selon les auteurs de l'article, les résultats de l'étude laissent supposer que les affiliés au réseau continueront à engendrer des coûts moins élevés que les assurés traditionnels pendant les premières années de leur participation au réseau. Ils pensent toutefois que les économies vont diminuer après quelques années, car les réductions de prime vont également attirer des assurés qui consomment plus de soins. Pour pouvoir maintenir le rabais de prime de 10 ou 15 %, il faudra donc que les réseaux développent des stratégies ainsi que des instruments qui permettent d'optimiser la prise en charge, d'influencer les décisions médicales qui sont prises hors du réseau et d'envoyer les patients aux prestataires qui proposent les meilleurs prix tout en garantissant la qualité.

1.4 Le réseau Wintimed[123]

Les jeunes y sont fortement sous-représentés et les personnes âgées sur-représentées, particulièrement les femmes qui ont entre 60 et 80 ans. On ne peut donc pas parler de sélection des bons risques en fonction de l'âge et du sexe.

Selon les médecins du réseau, la relation de confiance qui existait déjà entre le patient et son médecin a facilité son entrée dans le réseau. En effet, 80 % des affiliés avaient déjà pour généraliste un médecin du réseau avant d'y entrer.

1.5 Conclusion

Les réseaux ont tendance à attirer plutôt les gens en bonne santé, qui tiennent moins au libre choix de leur médecin puisqu'ils y ont recours moins souvent, ainsi que les gens conscients des coûts qui avaient déjà adopté un comportement responsable en matière de consommation des soins. Parmi les assurés qui ont adhéré à un réseau juste pour bénéficier de la réduction de prime, beaucoup en sont sortis après une année.

[122] Cette différence de coûts était compensée par les coûts de médecine interne, 10 % moins élevés chez les futurs assurés CareMed.
[123] Arbeitsgruppe Wintimed, WintiMed - ein Erfahrungsbericht, BMS 77/13 (27.3.96), p. 525.

Des différences semblent toutefois se dessiner entre les HMO et les autres réseaux. Les HMO centralisent leurs activités à un endroit précis et imposent des règles de comportement très strictes à leurs adhérents; ce modèle est donc choisi avant tout par des jeunes gens en bonne santé que cela ne dérange pas de devoir se déplacer et qui n'ont pas souvent besoin de soins. Les autres réseaux, pour leur part, sont beaucoup plus souples et permettent parfois aux assurés de garder leur médecin traitant tout en leur accordant une réduction de prime. Ils peuvent donc également être attractifs pour des gens qui ne sont pas en parfaite santé et qui ont un petit budget.

Les Suisses restent d'ailleurs très attachés au choix de leur médecin et préfèrent payer un peu plus cher pour le garder, s'ils en ont les moyens. Ils vont donc entrer beaucoup plus facilement dans un réseau si leur généraliste, en qui ils ont confiance, s'y trouve également.

De nombreux acteurs du système de santé sont persuadés que les assurés vont y adhérer tant qu'ils sont en bonne santé, pour réduire leur prime, et que dès qu'ils auront besoin de plus de soins, ils en sortiront pour se faire soigner en toute liberté. Si une majorité d'assurés du réseau agissent ainsi, ils se désolidarisent car ils économisent sur le dos des assurés traditionnels.

La question que tout le monde se pose mais à laquelle personne ne peut répondre est la suivante: les réseaux actuels permettent-ils vraiment de diminuer les coûts de la santé ou ne font-ils que transférer une partie des coûts à l'assurance traditionnelle? La réponse à cette question sera cruciale pour l'avenir des réseaux en Suisse.

2. La sélection par les assureurs

Les assureurs ne se contentent pas toujours de laisser agir la sélection inhérente au réseau. La plupart cherchent à l'accentuer, grâce à leur stratégie de marketing, mais certains ont introduit des mécanismes plus radicaux.

Dans les réseaux CareMed, on explique aux médecins que les patients qui ont souvent besoin de soins et qui sont en institution ne peuvent pas entrer dans le réseau, car le médecin de premier recours ne pourrait pas diriger et contrôler le traitement du patient, pris en charge médicalement par l'institution où il réside. L'assureur demande au médecin de rendre le patient attentif à cela, donc de le dissuader de s'affilier au réseau.

Le règlement de l'assurance CareMed ainsi que la convention Qualimed prévoient que l'assureur peut exclure un assuré du réseau s'il adopte un comportement répété contraire au règlement / aux conditions d'assurance (pour la fin d'un mois, moyennant un préavis de 30 jours).

B. La compensation des risques

1. L'historique et le droit positif

La compensation des risques a été introduite en Suisse par un arrêté fédéral urgent[124] voté par l'Assemblée fédérale le 13 décembre 1991, entré en vigueur le lendemain et complété par une ordonnance[125].

En élaborant la LAMal, le législateur a bien vu qu'il ne pouvait pas introduire une bonne dose de concurrence entre les caisses sans maintenir un garde-fous tel que la compensation des risques. En effet, certaines caisses avaient alors beaucoup de bons risques et d'autres beaucoup de mauvais risques[126]. Si la loi n'avait rien prévu, les premières caisses auraient pu proposer des primes plus basses à leurs assurés et entraîner ainsi une désolidarisation entre jeunes et vieux et entre hommes et femmes. Si la compensation des risques avait été introduite dès le 1er janvier 1993, c'était justement pour éviter que le fossé ne continue à se creuser entre les caisses bénéficiant d'un effectif d'assurés "rentable" et celles dont les structures de coûts étaient défavorables, ainsi que pour éviter que la solidarité ne s'en trouve de plus en plus compromise.

Il fallait dissuader les assureurs de faire "la chasse aux bons risques". Le Parlement a donc prévu la compensation des risques à l'art. 105 LAMal, mais l'a limitée à une durée de 10 ans dès l'entrée en vigueur de la loi, c'est-à-dire dès le 1er janvier 1996. La loi en donne les principes : elle doit se baser sur l'âge et le sexe des effectifs d'assurés, par canton et pour chaque assureur. Le reste est réglé dans l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie du 12 avril 1995[127], entrée en vigueur le 1er janvier 1996 pour une période de 10 ans. Son premier article précise que la compensation des risques s'applique à l'assurance obligatoire des soins, y compris aux formes particulières d'assurance des art. 41 al. 4 et 62 LAMal.

[124] Arrêté fédéral urgent sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie du 13 décembre 1991, RO 1991 p. 2607.

[125] Ordonnance IX sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie du 31 août 1992, entrée en vigueur le 1er octobre 1992; RO 1992 p. 1738.

[126] Les bons risques sont les personnes qui entraînent peu de coûts, donc en principe les jeunes gens et les gens en bonne santé.

[127] RS 832.112.1.

2. Le but et les moyens

"La compensation des risques était destinée à faire augmenter les primes des caisses présentant des structures favorables et baisser celles des assureurs désavantagés par des risques défavorables. A moyen terme, le rapprochement des primes devait influencer les changements de caisse-maladie de manière à ce que - telle était l'intention du législateur - les structures de risques des différents assureurs s'harmonisent (ou, du moins, que la différence qui les séparait cesse d'augmenter), ce qui aurait éventuellement rendu la compensation des risques superflue"[128].

Le moyen utilisé, c'est de "compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants" (art. 105 al. 1 LAMal) et d'inciter les assureurs "à gérer l'assurance de façon économique" (art. 105 al. 4 *in fine*).

L'idée, c'est de calculer les coûts moyens par assuré de chaque groupe de risques[129] (dans chaque canton) et de comparer ces chiffres aux coûts moyens des effectifs des assureurs. Les assureurs qui ont moins de femmes et de personnes âgées parmi leurs assurés que la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune de l'assurance-maladie (art. 18 LAMal), qui va la redistribuer aux assureurs qui ont plus de femmes et de personnes âgées que la moyenne des assureurs. Théoriquement, les assureurs n'auraient plus intérêt à attirer plus d'hommes et de jeunes gens et devraient ainsi faire la différence, pour rester compétitifs, dans la manière de gérer leur caisse.

3. Les imperfections du système

Le législateur a introduit ce mécanisme pour 10 ans seulement, pensant que les risques auraient ainsi le temps de se répartir uniformément entre les caisses. Malheureusement, ce n'est pas aussi simple !

Selon le Dr Marc-André Raetzo et Jacques-André Schneider, l'âge et le sexe "prédisent moins de 5 % de la variation du coût ultérieur d'un collectif. Les meilleures méthodes ne pourraient permettre de prédire que 20 à 25 % de cette variation"[130]. Les assureurs ne se gênent donc pas pour "chasser" les personnes

[128] Stefan Spycher, La compensation des risques - Analyse des effets de la LAMal, document distribué lors de la conférence de presse donnée par l'OFAS le 4 février 1999.

[129] Les groupes de risques sont formés en fonction de l'âge et du sexe des assurés.

[130] Jacques-André Schneider / Marc-André Raetzo, Primes et qualité des soins : les organisations de maintien de la santé (ODMS) et la LAMal, en cours de publication.

d'un certain âge en bonne santé, car ce sont de bons risques qui échappent à la compensation.

Pour améliorer la compensation, il faudrait introduire des éléments comme le diagnostic, "l'état de santé, le niveau économique et social, le lieu de résidence, les coûts de l'année précédente [ou] la notion d'hospitalisation"[131]. Le problème, c'est qu'ajouter des critères rendrait le système très compliqué et beaucoup plus onéreux. La CSS Assurance propose toutefois l'introduction de critères supplémentaires dans le calcul de la compensation qui ne nécessiterait pas de trop gros investissements, notamment les coûts antérieurs et les hospitalisations.

De nombreux médecins, à l'image du Dr Yves Guisan, estiment qu'il faudrait remplacer la compensation des risques par la compensation des coûts effectifs, car "la concurrence ne peut s'établir qu'au niveau de la qualité des prestations et de la gestion du portefeuille"[132]. Selon lui, le système actuel évalue les risques de manière arbitraire et permet aux assureurs de jouer avec les délais de paiement.

4. L'analyse de ses effets [133]

Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, l'OFAS a chargé le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale d'évaluer le système de la compensation des risques.

4.1 Les principaux résultats

Le net rapprochement des primes des assureurs prouve que la désolidarisation a pu être enrayée et même inversée, mais ni les changements de caisse ni les fusions de compagnies d'assurances n'ont contribué à améliorer l'homogénéité des effectifs de risque. Cela ne pose pas de problèmes de solidarité tant que la compensation des risques remplit son rôle de correctif mais si on la supprimait, le fossé entre les effectifs de risque deviendrait vite plus profond.

La sélection des risques continue à être pratiquée, et de manière très ciblée. Les assureurs visent les personnes jeunes et en bonne santé dans le domaine de l'assurance complémentaire (et les assurés préfèrent souvent avoir l'assurance de base et l'assurance complémentaire auprès de la même caisse) car dans ce

[131] Idem.

[132] Interview du 30 janvier 1999 du Dr Yves Guisan.

[133] Stefan Spycher, La compensation des risques - Analyse des effets de la LAMal, document distribué lors de la conférence de presse donnée par l'OFAS le 4 février 1999.

domaine, ils peuvent réaliser des bénéfices[134]. Ils sélectionnent leurs assurés non seulement en fonction de l'âge, mais également de l'état de santé, du revenu, du niveau de formation et du degré d'urbanité, alors que le système actuel de compensation des risques ne repose que sur les critères de l'âge et du sexe.

Les incitations aux économies subsistent : il vaut toujours la peine d'être moins cher que les autres caisses, mais les assurés d'une caisse économe n'en profitent pas complètement car la compensation des risques absorbe une partie de l'économie réalisée.

La compensation des risques dans sa forme actuelle empêche les nouvelles formes d'assurance (donc les réseaux de santé) de se propager, car elle sollicite trop fortement les assurés qui optent pour ces modèles. "L'obstacle est plus important encore chez les assureurs dont les coûts sont faibles que chez ceux dont les coûts sont élevés"[135].

L'introduction de la compensation des risques était censée mettre un frein aux changements de caisse en se traduisant par un rapprochement des structures de coûts et donc des primes, mais c'est le contraire qui s'est produit. Cela est dû à la forte hausse des primes, qui a malmené la fidélité des assurés, et à l'entrée en vigueur de la LAMal, qui a facilité les changements de caisse.

4.2 L'appréciation des effets

"La compensation des risques a répondu aux attentes politiques en ce qui concerne l'atténuation de la désolidarisation"[136], mais ses effets n'ont pas tous déployé l'intensité escomptée : la sélection des risques est toujours pratiquée par les assureurs, la compensation des risques n'en neutralise pas tous les avantages et elle cause aux nouvelles formes d'assurance "un préjudice injustifié"[137].

4.3 Les recommandations

Le bureau d'études préconise les mesures suivantes : inscrire la compensation des risques dans la loi pour une durée illimitée, améliorer la formule de compensation et revoir la réglementation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire pour éviter que les assureurs ne sélectionnent les assurés par le biais des assurances complémentaires.

[134] Alors que dans le domaine de l'assurance de base, ils doivent affecter leurs bénéfices à l'augmentation des réserves ou à la baisse des primes.

[135] Idem.

[136] Idem.

[137] Op. cit. p. 4.

5. L'intention des autorités [138]

Le 4 février 1999, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss a annoncé qu'elle proposait de maintenir cet instrument au-delà de sa limite de validité, mais tel qu'il est aujourd'hui. Car selon elle, tenir compte de l'état de santé des assurés supprimerait toute incitation aux économies et à la maîtrise des coûts.

VII. La qualité des soins

A. Le spectre d'une médecine à deux vitesses

Le but du *Managed Care* est de rationaliser, c'est-à-dire d'éliminer les gaspillages et les actes inutiles. Tout le monde est d'accord pour dire que le potentiel de rationalisation est important en Suisse, mais beaucoup craignent que le *Managed Care* entraîne un rationnement[139] des soins, la frontière entre rationalisation et rationnement étant difficile à définir. Cette peur d'une médecine à deux vitesses (telle qu'elle existe aux USA) se fonde avant tout sur le mode de rémunération des médecins de réseaux, sur les incitations financières et sur l'influence des assureurs sur les médecins.

Dans les HMO, les médecins sont salariés. Ils ne sont donc plus indépendants et peuvent subir de fortes pressions de la part de l'assureur. Comme leur salaire est assuré à la fin du mois, ils pourraient en outre être tentés d'en faire moins. Le fait qu'ils soient salariés déplaît à une grande partie du corps médical et certains médecins ont même créé des réseaux "médecin de famille" en réaction à cette situation.

Dans certains réseaux, les médecins sont payés par capitation. Là non plus, leurs honoraires ne dépendent pas des prestations fournies; mais à la différence des médecins salariés, ils ne peuvent subir aucune pression de la part des caisses, bien au contraire. Ce qui peut les inciter à rationner les soins, c'est la perspective de toucher un bonus à la fin de l'année (ou la crainte que le forfait ne suffise pas), donc la participation au risque financier. Il faut faire très attention à la part que prend ce bonus dans la rémunération des médecins[140].

[138] François Nussbaum, Santé : Réduction des primes d'assurance toujours prioritaire, L'Express, 5 février 1999.
[139] Rationner, c'est répartir (équitablement) des ressources limitées.
[140] Aux Etats-Unis, la part du revenu du médecin qui dépend du risque financier est si grande dans certains réseaux que cela pose de gros problèmes éthiques.

En fait, tout va dépendre des médecins et de leur éthique. Chaque mode de rémunération a ses avantages et ses effets pervers. Le paiement à l'acte garantit une prise en charge complète mais favorise la surconsommation des soins. Le salaire incite à la rationalisation mais fait perdre son indépendance au médecin. Le paiement par capitation donne toute liberté au médecin et l'incite à coordonner et à optimiser toute la prise en charge, mais peut l'amener à rationner les soins s'il a épuisé son budget ou s'il désire participer au bénéfice. Il n'y a donc pas de système parfait ! Il appartient à chaque médecin de choisir le mode de rémunération qui lui convient le mieux et à tous les acteurs du système de santé de poser des garde-fous. Mais ce sont avant tout les médecins eux-mêmes qui vont décider de la qualité des soins, car ce sont eux qui les dispensent. C'est donc à eux de respecter l'éthique de leur profession et de ne pas se laisser marcher sur les pieds par les assureurs; pour cela, ils ont besoin de l'appui et des conseils de leurs sociétés médicales, dont le rôle sera déterminant. Ces dernières l'ont d'ailleurs bien compris et sont passées à l'action, à l'instar de la FMH qui s'est, par exemple, tout de suite proposée pour renseigner les médecins sur le *Managed Care* et qui a récemment élaboré une directive sur l'élaboration des guides de pratique.

Un des objectifs à moyen terme du *Managed Care*, c'est que le choix du consommateur, donc la concurrence, ne se fasse pas seulement sur les coûts mais également sur la qualité des prestations. Mais cela requiert certaines conditions : il faut qu'il existe plusieurs réseaux différents dans une même région, que les assurés soient bien informés sur ce qui s'y passe et qu'ils puissent changer facilement d'assurance[141]. La dernière condition est d'ores et déjà remplie grâce aux règles sur le libre passage introduites par la LAMal. Les réseaux n'ont donc aucun intérêt à rationner les soins car si les patients ne sont pas satisfaits, ils peuvent en sortir rapidement; au contraire, ils ont intérêt à prouver au public que les soins prodigués dans les réseaux sont de très bonne qualité, voire de meilleure qualité que dans l'assurance traditionnelle. C'est pourquoi ils mettent au point certains mécanismes comme les cercles de qualité et les guides de bonne pratique.

B. L'assurance qualité

1. Le droit positif

La LAMal ne définit pas la qualité des prestations, si ce n'est en exigeant qu'elles soient efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). Par

[141] Ces conditions ne sont pas remplies aux Etats-Unis, car les assurés ne peuvent pas sortir d'un réseau aussi facilement qu'en Suisse et ils n'ont pas toujours la possibilité de garder le libre choix du médecin, notamment s'ils sont assurés par leur employeur.

contre, elle permet aux parties à une convention tarifaire de "soumettre (...) la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires"; ceci "à titre exceptionnel" et "en vue de garantir leur qualité" (art. 43 al. 2 ch. d LAMal).

L'art. 58 LAMal dit que "le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge. Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions [et] il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations". Il peut notamment prévoir que l'accord du médecin-conseil est nécessaire pour certains actes diagnostiques ou thérapeutiques coûteux et que certaines mesures diagnostiques et thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne sont prises en charge par l'assurance de base que si elles ont été pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière.

Dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), le Conseil fédéral prévoit que "les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité" et que "les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs" (art. 77 al. 1 OAMal).

En effet, on considère que la qualité peut être mesurée de trois manières différentes : en fonction des structures, des processus ou des résultats.

2. La promotion de la qualité

Les réseaux de santé utilisent plusieurs instruments pour améliorer la qualité de la prise en charge. Les deux exemples qui suivent s'intègrent parfaitement dans "le nouveau paradigme de l'amélioration continue de la qualité : améliorer le processus plutôt que juger la qualité sur l'évaluation (difficile) du résultat"[142].

[142] Jacques-André Schneider / Marc-André Raetzo, Primes et qualité des soins : les organisations de maintien de la santé (ODMS) et la LAMal, en cours de publication, p. 12.

2.1 La formation continue

Un médecin de premier recours est beaucoup plus qu'un simple généraliste ou interniste : il doit influencer, voire contrôler toute la prise en charge de ses patients. Son rôle est revalorisé, mais en même temps on attend beaucoup plus de lui. Il a donc besoin de continuer à se former, ce que de nombreux médecins de réseau font à l'occasion de cercles de qualité. Il lui faut des connaissances plus larges et qui touchent plusieurs disciplines; il doit être capable de voir le patient de manière globale et de déterminer quand il a besoin d'aller chez un spécialiste ou d'être hospitalisé. Il doit avant tout apprendre à se poser les bonnes questions, à partager la connaissance avec son patient, pour le responsabiliser, ainsi qu'à partager l'angoisse et l'incertitude avec les autres médecins du réseau.

2.2 Les guides de pratique

S'ils sont bien faits, ils permettent d'assurer la meilleure prise en charge possible pour la maladie en question.

3. Le contrôle de la qualité

Il existe plusieurs moyens de contrôler la qualité des soins, mais ils ne sont pas toujours satisfaisants.

3.1 La satisfaction des patients

Elle ne donne qu'un indice de la qualité des soins prodigués, car le patient ne peut pas toujours déterminer lui-même si les soins qu'il a reçus étaient appropriés.

3.2 L'état de santé des patients

Il peut être évalué en termes de mortalité, de morbidité, de douleur, ... Mais cela est très compliqué et périlleux en médecine ambulatoire, car un bon traitement ne mène pas forcément à un bon résultat et un mauvais résultat ne reflète pas forcément un mauvais traitement.

Chapitre 5 : Conclusion

Que faut-il penser des réseaux de santé ? Vont-ils permettre de réduire les coûts de la santé ou ne vont-ils amener que désolidarisation et perversion d'une partie du corps médical ?

Il ne faut pas diaboliser ni idéaliser le *Managed Care*. Les risques qu'il recèle sont à la hauteur de ses ambitions, mais ils sont maîtrisables. Optimiser la prise en charge des patients en la coordonnant et en supprimant les actes inutiles tout en améliorant la qualité des soins : cela paraît trop beau pour être vrai. Je dirais plutôt que c'est trop beau pour être facile. On ne pourra peut-être pas atteindre cet idéal, mais on peut y tendre. Cela nécessite cependant des efforts de la part de chacun de nous.

Il n'est pas possible de réduire sensiblement les coûts sans que tous les acteurs du système de santé changent de comportement. Les médecins doivent se préoccuper des coûts de leurs patients et les caisses-maladie de la qualité des soins; leur relation doit être basée non sur un affrontement, mais sur un partenariat. Un réseau doit être le fruit de la collaboration des caisses, des médecins et des patients.

Les problèmes que posent ou peuvent poser les réseaux de santé sont importants, mais pas insolubles.

Les médecins craignent de se voir imposer un certain nombre de choses par les caisses s'ils adhèrent à un réseau (par exemple un budget global qui diminue chaque année, des guides de pratique contraignants, la perte de leur liberté). Pour éviter cela, il ne tient qu'à eux de ne pas se laisser faire en négociant la convention et d'y fixer clairement les principes auxquels ils tiennent. Mais ils ne seront en mesure de le faire que s'ils sont informés, conseillés et soutenus par leurs organisations professionnelles. La FMH et les autres sociétés médicales ont donc un rôle très important à jouer.

Pour sauvegarder le secret médical et la protection des données, le mieux serait que les autorités politiques se penchent sur le problème, consultent les assureurs, les médecins et les patients et définissent très précisément quelles données les médecins peuvent fournir aux assureurs et de quelle manière.

En ce qui concerne la participation des médecins au risque financier, il faut être très prudent. Il convient de surveiller de près les mécanismes qui ont déjà été introduits et de respecter les directives émises par Machs ![143] : ce doit être le groupe qui supporte le risque (et non le médecin individuellement), et ce pour un montant limité.

Il est primordial de faire participer les patients à la démarche, c'est-à-dire de leur expliquer la philosophie et le fonctionnement du réseau. Non seulement par

[143] Dachverband « Managed Care für Hausarztsysteme Schweiz », association fondée le 17 septembre 1997 et qui regroupe 20 membres ordinaires (les associations de médecins de 18 réseaux et 2 HMO), tous alémaniques.

respect pour eux, mais également pour améliorer leur prise en charge. La responsabilisation des assurés est un élément important de la gestion des soins.

Il est absolument nécessaire que les réseaux fassent preuve de transparence et que la qualité des soins soit contrôlée régulièrement. La société MediX Ärzte AG a lancé l'idée d'une fondation indépendante pour l'assurance qualité qui serait financée par les différents réseaux. Elle pourrait, à l'instar de certains organismes américains, fixer des indicateurs de qualité et récolter les informations y afférentes pour permettre au public de comparer et d'évaluer les différents réseaux. Une autre possibilité serait de confier cette tâche à l'Observatoire fédéral de la santé préconisé par le Conseiller national François Borel, qui a déposé une motion dans ce sens au Parlement[144].

Actuellement, le problème le plus important posé par les réseaux de santé est la sélection des risques. Car il est indéniable qu'une grande partie des économies réalisées par les réseaux à ce jour est due à la structure de risque favorable. S'il s'avérait que les réseaux faisaient toutes leurs économies sur le dos de l'assurance traditionnelle, ils ne pourraient être maintenus dans notre système de santé, dont le principe cardinal est la solidarité. Il incombe donc aux assureurs de ne pas créer des réseaux uniquement pour être à la mode et pour attirer les bons risques des caisses concurrentes, mais de les doter des outils nécessaires à la gestion des soins, notamment en finançant une formation continue de qualité, en fournissant aux médecins les données leur permettant de se situer par rapport à leurs confrères et en les faisant participer activement à la direction des réseaux.

L'avenir appartient aux réseaux fondés sur un partenariat entre les assureurs, les médecins et les patients ainsi que sur la transparence. Car si l'on veut maintenir le niveau de prestations et la qualité dont on bénéficie aujourd'hui, il est nécessaire que tous les acteurs s'asseyent à la même table et trouvent ensemble des solutions à l'augmentation des coûts de la santé.

[144] Motion 98.3561. François Nussbaum, Santé : Un observatoire fédéral à Neuchâtel ?, L'Express, 17 mars 1999, p. 15.

Bibliographie

ARBEITSGRUPPE WINTIMED, *WintiMed - ein Erfahrungsbericht*, Bulletin des médecins suisses 77/13 (27.3.96), p. 595.

CLAUDE AUBERT, *Deux consignes simples*, La lettre de l'AMG, Mai 1997 n° 5, p. 1.

CLAUDE AUBERT, *Les trajectoires de soins, pas les coûts*, Bulletin des médecins suisses 76/7 (15.2.95), p. 267.

PHILIPPE BABANDO, *Médecin de famille ..., médecin de village ..., médecin généraliste ...*, Médecine et Hygiène, 11 février 1998, p. 337.

JEAN-LUC BAIERLE / FRED PACCAUD, *Rationner les soins de santé, prioriser, faire des choix ... et le citoyen dans tout ça ?*, Médecine et Hygiène, 21 octobre 1998, p. 1985.

KLAUS BALLY, *Managed Care in Switzerland : wie weiter ?*, Managed Care 1/97, p. 23.

TILL BANDI, *Bases de décision dans l'assurance-maladie : amélioration en vue?*, Sécurité sociale 5/1997, OFAS, p. 282.

ERICH F. BANDLE, *Arzt plus Daten ergeben eine bessere Medizin*, Managed Care 1/97, p. 25.

RITA BAUR / WOLFGANG HUNGER / KLAUS KÄMPF / JOHANNES STOCK (Prognos SA), *Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie, Rapport de synthèse*, OFAS, 1998.

UELI BODMER, *IGOMED Thun : Eine erste Bilanz*, Managed Care 2/98, p. 10.

JÜRG BRECHBÜHL, *Requérants d'asile et réfugiés - leur statut dans les assurances sociales suisses*, Sécurité sociale 3/1996, OFAS, p. 143.

FRITZ BRITT, *Coût de la santé : mener la réflexion à son terme*, Aspects de la sécurité sociale 1/1996, p. 32.

HANS HEINRICH BRUNNER, *Formes de rationnement des prestations médicales*, Bulletin des médecins suisses 78/17 (23.4.97), p. 609.

HANS HEINRICH BRUNNER, *LAMal - une année après*, Bulletin des médecins suisses 76/51-52 (20.12.95), p. 2101.

HANS HEINRICH BRUNNER, *Managed Care in den USA - zwei Seiten einer Medaille*, Bulletin des médecins suisses 76/47 (22.11.95), p. 1918.

LEO BUCHS, *Steuerungsinstrumente im Hausarztsystem*, Managed Care 2/98, p. 13.

LEO BUCHS / ROLF ZEHNDER, *Medinet-Netz Genf : Erfahrungen und Ergebnisse*, Managed Care 1/98, p. 11.

ELISABETH CHAMORAND, *Le système de santé américain : poids du passé et perspectives*, La Documentation française, Paris, 1996, p. 62

GIANFRANCO DOMENIGHETTI / FELIX GUTZWILLER / OLIVIER GUILLOD / JACQUELINE QUAGLIA / CLAUDIA PENNETTI, *Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse*, Bulletin des médecins suisses 78/16 (16.4.97), p. 588.

JEAN-LOUIS DUC, *"Autres formes d'assurance" au sens de l'article 41 alinéa 4 LAMal et hospitalisation*, LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, 1997, Lausanne.

JEAN-LOUIS DUC, *Nouveaux modèles d'assurance-maladie pour la Suisse - Problèmes juridiques*, Schweizerische Gesellschaft für Versicherungsrecht, 1986, Saint-Gall.

MICHAEL EGLI / ANDREAS WEBER, *Disease Management - eine Chance für Hausarztmodelle*, Managed Care 1/97, p. 8.

FMH, *Directive pour les guides de pratique médicale*, Bulletin des médecins suisses 80/14 (7.4.99), p. 831.

FORUM LOUIS-JEANTET, *Les coûts de la santé : Des choix à faire, des valeurs à préserver*, Fondation Louis-Jeantet de médecine, 1998, Genève.

HERVE GUILLAIN / MARC-ANDRE RAETZO, *Qualité des soins : de la théorie à la pratique*, Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, 127, p. 541.

OLIVIER GUILLOD, *Les réseaux de santé : une panacée ?*, Hôpital Suisse 2/98, p. 24.

OLIVIER GUILLOD, *Le consentement éclairé du patient : autodétermination ou paternalisme ?*, Ides et Calendes, 1986, Neuchâtel.

OLIVIER GUILLOD, *Les droits et les devoirs des patients*, Manuel de droit de santé publique, VESKA, Aarau, 1993.

OLIVIER GUILLOD, *Le secret médical aujourd'hui*, Le secret - Ethique, transparence et confidentialité, Cahiers Erié, 1996, Lausanne, p. 49.

JEAN-MARC GUINCHARD, *Les médecins genevois et le système HMO : Oui, mais ...*, Bulletin ASMAC 5/94, p. 37.

CH. HÄNGGELI, *Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours ?*, Bulletin des médecins suisses 80/6 (10.2.99), p. 330.

STEPHAN HILL, *Le Managed Care en Suisse*, Bulletin Atag 4/97, p. 6.

WINFRIED HIRSCHLE, *Capitationverträge für Hausarztmodelle*, Managed Care 1/98, p. 22.

HEINRICH HONSELL (Ed.), *Handbuch des Arztrechts*, Editions Schulthess, Zurich, 1994.

T. HOVAGUIMIAN, *Managed Care ? Pour l'instant disons plutôt "Managed Cure"... ou management tout court*, Médecine et Hygiène, 18 juin 1997, p. 1301.

FELIX HUBER, *MediX Ärzte AG : Die erste ärtzeeigene HMO-Gruppenpraxis*, Managed Care 2/98, p. 21.

FELIX HUBER / KURT HESS / PHILIP BAUMANN / DANIEL BERGER, *Sechs Jahre HMO Zürich-Wiedikon*, Ars Medici 18/96 p. 1079 et 19/96 p. 1135.

KARIN KELLER, *Das ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB*, Editions Schulthess, Zurich.

RALF KOCHER, *L'essor des "formes particulières d'assurance"*, Sécurité sociale 5/1995, OFAS, p. 250.

CHRISTIAN KÖPE, *Managed Care oder Managed Scare ?*, Managed Care 1/98, p. 45.

WALTER KRÄHENMANN / HANSPETER KUHN, *HMO et modèles alternatifs de soins de santé*, Bulletin ASMAC 5/94, p. 32.

HANSPETER KUHN, *Guides de pratique médicale et droit*, Bulletin des médecins suisses 80/14 (7.4.99), p. 835.

HANSPETER KUHN, *LAMal : nouvelles questions et réponses*, Bulletin des médecins suisses 78/18 (30.4.97), p. 656.

HANSPETER KUHN, *Managed Care : Ja, wenn ...*, Forum Sprechstunde, en cours de publication.

HANSPETER KUHN, *Nouvelle LAMal : Quelles nouveautés pour le médecin et l'assuré-patient dès le 1er janvier 1996 ?*, Bulletin des médecins suisses 76/49 (6.12.95), p. 2014.

CLAUDINE MARCUARD / CYRIL MALHERBE, *Le système de santé américain : réforme ou continuité ?*, Sécurité sociale 3/1993, OFAS, p. 29.

CHRISTIAN MARTI, *Fosburyflop und Hausarztmodelle : Verbesserungen erster und Verbesserungen höherer Ordnung*, Managed Care 1/98, p. 2.

CHRISTIAN MARTI, *Sparen oder Umverteilen*, Managed Care 1/98, p. 19.

GEORG A. MATHIS / RUTH HERREN, *Hausarzt-Netwerke in der Schweiz : Erste breitflächige Auswertungen*, Managed Care 1/98, p. 8.

ALFRED MAURER, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Helbing & Lichtenhahn, 1996, Bâle et Francfort / Main.

STEPHEN S. MICK / MARC BREMOND, *Les "Managed Care Plans" aux Etats-Unis*, Revue Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion, Marseille, n°27, 2e semestre 1994, p. 73.

MARKUS MOSER, *Managed Care : la gestion des soins progresse*, Sécurité sociale 3/1996, p. 140.

FRANÇOIS MOTTU, *2005 : le généraliste nouveau est arrivé !*, Médecine et Hygiène, 4 février 1998, p. 293.

ALEX F. MÜLLER, *Sélection entre malades ?*, Bulletin des médecins suisses 77/50 (11.12.96), p. 2034.

KLAUS MÜLLER, *La concurrence dans la stabilisation des coûts de la santé : potentialités, limites, et leurs incidences dans le contexte actuel*, Sécurité sociale 4/1997, OFAS, p. 215.

RICHARD NYFFELER, *Le Managed Care ou le miroir aux alouettes*, Courrier médical fribourgeois 4/97, p. 18.

ANDRE PECOUD, *Réseau FARMED - Un réseau de santé pour les requérants d'asile : une collaboration SVM, CSS Assurance, Service de la santé publique et FAREAS*, Courrier du médecin vaudois, p. 7.

JACQUES PEIRY, *Concept du Plan de santé d'Avenir Assurances*, Cahiers médico-sociaux 38 n° 3-4 1994, p. 291.

THOMAS V. PERNEGER / JEAN-FRANÇOIS ETTER / BEATRICE SCHAAD, *Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève*, IMSP, Université de Genève, Etudes et Recherches 6/1995.

THOMAS V. PERNEGER / JEAN-FRANÇOIS ETTER, *Impact des HMO sur les coûts et la qualité des soins*, Revue médicale de la Suisse romande 115 (1995), p. 971.

THOMAS V. PERNEGER / JEAN-FRANÇOIS ETTER / JEAN-MICHEL GASPOZ / MARC-ANDRE RAETZO / PHILIPPE SCHALLER, *Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins*, Médecine Sociale et Préventive 1996, 41, p. 47.

MARC-ANDRE RAETZO, *Disease Management*, Médecine et Hygiène, 26 novembre 1997, p. 2280.

MARC-ANDRE RAETZO, *Formation continue : spécificité de la médecine ambulatoire*, Médecine et Hygiène, 25 février 1998, p. 441.

MARC-ANDRE RAETZO, *Gestion de l'incertitude en médecine ambulatoire*, Médecine et Hygiène, 21 juin 1995, p. 1432.

MARC-ANDRE RAETZO, *La formation continue, moteur de la maîtrise des coûts*, Bulletin des médecins suisses 78/47 (19.11.97), p. 1762.

MARC-ANDRE RAETZO, *Managed Care et Care Management*, Ars Medici 3-96.

MARC-ANDRE RAETZO, *Spécificité de la médecine ambulatoire*, Médecine et Hygiène, 30 octobre 1996, p. 1990.

MARC-ANDRE RAETZO / PHILIPPE SCHALLER, *Le réseau de soins genevois*, Bulletin des médecins suisses 76/21 (24.5.95), p. 877.

JEAN-CLAUDE REY, *L'information dans les réseaux de soins / santé intégrés américains,* Quels systèmes d'information pour promouvoir la qualité ?, Seminaire des 5 et 6 juin 1998, Nyon.

ANNE RILLIET HOWALD, *Les réseaux de soins coordonnés ou le "Managed Care" : vers une nouvelle organisation des soins de santé ?*, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 20-1998, p. 57.

ANNE RILLIET HOWALD, *Soins de santé et sécurité sociale : la mise en place de mesures d'incitation,* Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 21-1998, p. 19.

RICHARD B. SALTMAN, *Managed Care und Managed Competition*, Managed Care 1/98, p. 36.

MARC-ANTOINE SCHAFFNER, *L'autorisation de révéler un secret professionnel,* Thèse, Université de Lausanne, 1952.

PHILIPPE SCHALLER / MARC-ANDRE RAETZO, *Coûts de la médecine et concurrence,* Bulletin des médecins suisses 74/51-52 (22.12.93), p. 1989.

HANSUELI SCHLÄPFER, *Capitation Wintimed,* Managed Care 3/98, p. 52.

HANSUELI SCHLÄPFER, *Wie erneuern sich Hausarztnetzwerke ? Das "Tutorsystem" im Hausartznetzwerk Appenzell West,* Managed Care 1/98, p. 20.

JACQUES-ANDRE SCHNEIDER / MARC-ANDRE RAEZTO, *Primes et qualité des soins : les organisations de maintien de la santé (ODMS) et la LAMal,* en cours de publication.

STEFAN SCHUETZ, *Formes d'assurance traditionnelles et nouvelles : où se situe la différence ?*, Sécurité sociale 4/1996, OFAS, p. 200.

DALE SCHUMACHER, *Les évolutions récentes du système américain : Les "Managed Care Organizations" en question,* Pratiques coopératives dans le système de santé, Les réseaux en question, Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996, Editions Ecole nationale de la santé publique, 1998, Rennes.

SECTION ECONOMIE DE LA SANTE, OFAS, *Le "Managed Health Care" pourra-t-il contribuer à maîtriser les coûts dans l'assurance-maladie ?*, Sécurité sociale 6/1993, OFAS, p. 33.

JÜRG H. SOMMER, *Evaluation de nouvelles formes d'assurance-maladie : Conclusions et recommandations concernant la politique de la santé,* Centre de sciences économiques de l'Université de Bâle, 1997.

FLORIAN SUTER, *Managed Care für Hausarztsysteme Schweiz : machs ! - Wer ? Was ? Wie ?*, Managed Care 1/98, p. 30.

PIERRE VASSALLI, *Le marché de la santé,* Fondation Louis-Jeantet de médecine, 1998, Genève.

ANDREAS WEBER / GIACOMO COTTINI, *Hausarztmodelle : Kostenvorteil dank Risikoselektion,* Managed Care 1/98, p. 14.

ANDREAS WEBER / WINFRIED HIRSCHLE, *"Capitation" - un modèle de gestion de soins porteur d'avenir, destiné aux médecins exerçant en clientèle,* Journal VSAO/ASMAC 8/98, p. 20.

DIETER WIDMER / FELIX WOLFFERS, *Das neue Krankenversicherungsgesetz,* Editions Soziothek, 1997, Köniz.

PETER WYSS / MICHAEL EGLI, *Hausarztmodell mit Teilpauschalen : Das Pionier-Modell der Artisana,* Managed Care 2/98, p. 6.

TABLE DES MATIERES

LES RESEAUX DE SANTE

Marie-Laure Béguin

DEJA PARUS :

Cahiers de l'IDS

1. Le dossier médical
2. La responsabilité médicale
3. Insémination artificielle avec donneur
4. Ethique de la recherche en santé publique
5. Les droits des patients en psychiatrie
6. Les directives anticipées en matière de soins médicaux et la représentation thérapeutique privée
7. Les recommandations de pratique clinique

Cahiers de l'IDS – Hors série

Jean-François Dumoulin

Transplantation d'organes en Suisse : le droit au carrefour de la vie et de la mort

Des exemplaires de ces ouvrages peuvent être obtenus auprès de :

Institut de droit de la santé
Université de Neuchâtel
Av. du 1er Mars 26
CH-2000 Neuchâtel

Tél : +41 (0)32 / 718 12 80
Fax : +41 (0)32 / 718 12 81
E-mail : messagerie.ids@droit.unine.ch